



INSTITUTET FÖR
HÄLSA OCH VÄLFÄRD



Valvira

Tillstånds- och tillsynsverket
för social- och hälsovården

Sakari Karvonen
Hanna Ahonen
Maija Kaivonurmi (red.)

Annus Socialis Fenniae 2011

**Nordiskt socialdirektörmöte
Holmenkollen, Oslo 29–30 september 2011**

© Skrivarna och Institutet för hälsa och välfärd (THL) och
Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira)

Layout: Raili Silius

Juvenes Print – Tammerfors Universitet Tryckeri
Tammerfors 2011

Förord

År 2010 – THL:s och Valvira's andra verksamhetsår

PEKKA PUSKA OCH MARJA-LIISA PARTANEN

År 2010 var det andra verksamhetsåret vid Institutet för hälsa och välfärd (THL) och Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira). Bägge inrättningarna inledde sin verksamhet i början av år 2009 – THL efter fusionen mellan Folkhälsoinstitutet (KTL) och Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes), och Valvira efter fusionen mellan Rättsskyddscentralen för hälsovården (TEO) och Social- och hälsovårdens produkttillsynscentral (STTV). Året präglades av intern utveckling såväl genom kompletterande strategiarbete som genom etablering av nya strukturer och verksamhetsformer. Samtidigt förekom ekonomisk press och utmaningar till följd av många nya uppgifter.

THL

År 2010 bedrev THL ett omfattande forsknings-, expert- och utvecklingsarbete inom de olika verksamhetsområdena. Inom verksamhetsområdet för välfärds- och hälsopolitik anknöt arbetet till den allmänna hälsan och välfärden, skillnaderna mellan olika befolkningsgrupper och anknytande politik samt social ekonomi och hälsoekonomi. De teman som ingick i EU:s fattigdomsår lyftes fram i stor utsträckning. Verksamhetsområdet för främjande av välfärd och hälsa bistod och genomförde olika nationella program i stor omfattning (bl.a. program som gällde kost och motion, alkohol, förbyggande av olycksfall, förebyggande av diabetes, astma, allergier och narkotikamissbruk). Beträffande kost- och näringsfrågor deltog institutet i arbetet vid statens näringsdelegation och arbetet med att genomföra statsrådets principbeslut.

Inom verksamhetsområdet för hälsoskydd präglades arbetet av en utvärdering av behandlingen av H1N1-pandemin och utredning av den förhöjda prevalensen av narkolepsi i anslutning till vaccinationsprogrammet. De allmänna förfarandena inom det nationella vaccinationsprogrammet utvecklades i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet. Beslutsfattandet om upphandling av vacciner överfördes till ministeriet. Under året togs ett pneumokockvaccin in i det nationella vaccinationsprogrammet. Övervakningen och bekämpningen av mikrobiologiska epidemier och samarbetet med Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC) stärktes. Institutet deltog också i arbetet kring miljöhälsa i kommunerna under året.

Frågor kring utvecklingen av servicesystemet inom hälso- och sjukvården och det sociala området medförde många nationellt omfattande och krävande utmaningar inom verksamhetsområdet för social- och hälsotjänster. Institutet gav experthjälp vid beredningen av lagstiftningen om servicesystemets innehåll, tillhandahållandet och finansieringen. Institutet deltog aktivt i utvecklingen av servicesystemet inom ramen för det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste) och vid utvärderingen av olika regionala och lokala program.

År 2010 inledde institutet flera nya betydande nationella uppdrag, eller också gjordes förberedelser för att ta emot nya uppdrag. Rättsmedicinen överfördes från länen och rättspsykiatri från TEO till THL, vilket gav upphov till en omfattande utmaning i att utveckla verksamheten. Ett utredningsarbete inleddes i syfte att genomföra en koncerninriktad reformering av de administrativa strukturerna och effektivisera produktiviteten vid statens skolhem. Arbetet med att utveckla styrningen av statens sinnessjukhus och beslutsfattandet i anslutning till de ökade sinnesundersökningarna fortsatte. Beredning gjordes också inför den kommande styrningen av verksamheten vid UKK-institutet och verksamheten i anslutning till den helhet som kallas God medicinsk praxis. En mycket stor utmaning för institutet uppkom när riksdagen under hösten godkände en lag enligt vilken den operativa styrningen av arbetet med att reformera den elektroniska informationsadministrationen inom social-, hälso- och sjukvården överfördes till THL.

Valvira

I Valviras arbete innebär tillsynen över social- och hälsovården i första hand att klarlägga om skyldigheterna i lagstiftningen har iakttagits i verksamheten och om verksamheten i övrigt är säker och av tillräckligt god kvalitet för patienterna och klienterna. Tillsynen syftar till att förebygga sådan praxis som inte är ändamålsenlig och att ingripa i verksamhet som strider mot författningar och som understiger minimikraven på kvaliteten. I Finland har tillsynen över socialvården och hälso- och sjukvården ålagts social- och hälsovårdsministeriet, Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira), regionförvaltningsverken och delvis även kommunerna.

Den riksomfattande tillsynen och vägledningen av socialtjänsterna har från början av år 2010 övertagits av Valvira. I de strategiska riktlinjerna som färdigställdes år 2010 lyfter Valvira uttryckligen fram framförhållning, riskbedömning och egenkontroll hos aktörerna inom social- och hälsovården. På grund av den nuvarande splittrade servicestrukturen inom social- och hälsovården kräver tillsynsverksamheten mer resurser än tidigare. För ändamålet utarbetas en rad tillsynsprogram varav en del redan har färdigställts. Trots de framsteg som gjorts inom tillsynen, bland annat i och med de tillsynsprogram som införts, finns det ännu mycket att göra för att man ska kunna nå en tillräckligt planmässig och systematisk verksamhet.

Expertisen vid bägge inrättningarna har anlitats i avsevärd omfattning såväl inom riksdagen, statsförvaltningen, kommunerna och social- och hälsovården som i medierna. Detta påverkansarbete återspeglas i att enbart THL gav cirka 100 utlåtanden år 2010, varav största delen gick till statsförvaltningen. Institutet utsåg också cirka 80 tillfrågade representanter i arbetsgrupper, delegationer och andra motsvarande organ. Dessutom hördes institutet ungefär 40 gånger i riksdagens utskott.

Inrättningarna har haft ett omfattande samarbete och partnerskap och dialogen med intressegrupperna har utökats. Framför allt stärktes THL:s ställning som en internationell aktör inom sektorn – såväl inom forskningen som i olika expertuppdrag bland annat i förhållande till WHO och EU.

Finlands nya regeringsprogram drar upp riktlinjer för servicestrukturen inom social-, hälso- och sjukvården och även i sådana frågor som gäller tillsynen. Enligt regeringsprogrammet kommer servicestrukturen att genomföras i och med en ny lag om hur social- och hälsovården ska tillhandahållas, finansieras, utvecklas och övervakas. I regeringsprogrammet utlovas även tilläggsresurser för tillsynen. Programmet innehåller också förhöjningar i beskattningen av alkohol, tobak och sötsaker, och dessa förhöjningar är viktiga med tanke på folkhälsan.

Pekka Puska
Generaldirektör
Institutet för hälsa och välfärd (THL)

Marja-Liisa Partanen
Överdirektör
Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira)

Innehåll

Förord	3
<i>Pekka Puska och Marja-Liisa Partanen</i>	
Social- och hälsovårdsreformen i Finland 2011.	7
<i>Marina Erhola, Merja Kovanen, Simo Kokko, Riitta Haverinen, Pia Maria Jonsson, Vesa Jormanainen</i>	
Vägledning av och tillsyn över socialvården	10
<i>Hanna Ahonen</i>	
Några pressmeddelanden från social- och hälsovårdsministeriet	14
Några pressmeddelanden från THL	30
Några pressmeddelanden från Valvira	37
Några anvisningar från Valvira	42
Sammandrag av några böcker som utgivits 2010–2011 från THL	47

Social- och hälsovårdsreformen i Finland 2011

MARINA ERHOLA, MERJA KOVASIN, SIMO KOKKO, RIITTA HAVERINEN, PIA MARIA JONSSON,
VESA JORMANAINEN

Sedan 1990-talet har förändringarna inom det finländska systemet för socialvården och hälso- och sjukvården genomförts stegvis och i enskilda delar, men någon enhetlig och omfattande totalreform har inte genomförts. Reformerna har haft två särskilda mål: 1) de har syftat till att samtidigt förnya strukturerna inom den kommunala verksamheten och hälso- och sjukvården och slutligen inom hela social-, hälso- och sjukvården och 2) tillhandahållandet av socialvård och hälso- och sjukvård har styrts via förenade administrativa strukturer. Under 2000-talet har man eftersträvat och genomfört reformer inom social-, hälso- och sjukvården på ett projektstyrt sätt. En omfattande reformering av hälso- och sjukvården inleddes år 2001 inom det nationella hälsovårdsprojektet.

Lagen om en kommun- och servicestrukturreform har ålagt kommunerna skyldigheter att säkerställa en enhetlig helhet inom social-, hälso- och sjukvården. Lagen har bland annat syftat till att utveckla sätten att producera och organisera servicen och att revidera kommunernas finansierings- och statsandelssystem. Strukturella förändringar i servicesystemet och finansieringsfrågor är föremål för utveckling under 2010-talet också inom olika lagstiftningsprojekt.

Kommun- och servicestrukturreformen

Ansvar för att tillhandahålla service inom socialvården och hälso- och sjukvården är en lagstadgad uppgift för kommunerna. I början av 2000-talet eftersträvades fortfarande strukturella förändringar i servicesystemet med hjälp av så kallad mjuk styrning. Kommun- och servicestrukturreformen inleddes år 2005 och ramlagen som styr reformen trädde i kraft i februari 2007. Ramlagen gäller till slutet av år 2012. Lagen innehåller bestämmelser om att primärvården ska tillhandahållas för ett befolkningsunderlag på minst 20 000 invånare. Detta har medfört en omfattande strukturreform främst för landsbygdens hälsocentraler. Den lag som stiftades fyra år senare förutsätter att kommunerna utöver primärvården också ska överföra ansvaret för den sociala servicen till samarbetsområdena.

År 2008–2009 ledde kommun- och servicestrukturreformen till den största vågen av kommunsammanslagningar i Finlands historia. I samband med reformen erbjöds betydande incitament till sammanslagning av kommuner, och till följd av det minskade antalet kommuner med drygt 100. För närvarande uppgår antalet kommuner till 336. Utredningar om kommunsammanslagningar pågår hela tiden och därför kan en ytterligare minskning av antalet kommuner väntas i framtiden. Reformen uppskattas år 2013–2015 stegvis leda till att social- och hälsovården i Finland tillhandahålls av cirka 65 primärkommuner och cirka 60 samarbetsområden. Samarbetsområdet är en allmän benämning på två olika alternativa sätt att förena kommunernas ansvar för tillhandahållandet av service antingen i form av en samkommun eller med hjälp av den så kallade värdkommunsmodellen. Under 1970–80-talet uppgick antalet hälsocentraler i Finland till cirka 210. Under 1990-talet upplöstes samkommunerna för hälsocentraler, vilket ledde till att antalet hälsocentraler steg till mer än 270.

I och med reformen har det varit nödvändigt att skilja mellan begreppen att tillhandahålla och att producera service. Fram till 1990-talet fick den offentliga finansieringen i Finland endast täcka driftsutgifterna för de kommunala social- och hälsovårdstjänsterna. År 1993 genomfördes en reform som gav kommunerna möjlighet att använda service av privata företag och organisationer på basis av köp av tjänster. Denna förändring medförde att kommunernas roll allt mer övergick till att vara tillhandahållare och avskaffade kommunernas monopol som serviceproducent.

I Finland har ansvaret för att tillhandahålla hälso- och sjukvård decentraliserats till exceptionellt många små aktörer och befolkningsunderlag jämfört med de övriga nordiska länderna. Det är primärkommunerna som ansvarar för tillhandahållandet och finansieringen av specialiserad sjukvård, och de samarbetsområden för primärvård och social service som beskrivs ovan ändrar inte på detta ansvar. Ansvaret för

tillhandahållande av social- och hälsovårdstjänster kommer inom den närmaste framtiden att finnas under gemensamma administrativa tak. Enligt lagen ska detta ske inom samarbetsområdena före år 2015.

Revidering av socialvårdslagstiftningen

Vid sidan av omfattande ändringar i hälso- och sjukvårdslagstiftningen bereds en ny socialvårdslag, och avsikten är att regeringen ska avge en proposition före utgången av år 2011. Utöver en allmän lag om socialvården är avsikten att i speciallagstiftningen inom det sociala området beakta förändringarna i samhället. I utkastet till socialvårdslag betonas främjande av social välfärd, jämlik tillgång till social service, utveckling av levnadsförhållandena och förebyggande av utsatthet, ojämlikhet och utslagning. Lagen bereds så att principerna, målen och metoderna utgår från individernas behov och inte fokuserar på systemet. Öppenhet och olika former för hörande har införts i större omfattning än vanligt, klientfokuseringen har säkerställs genom diskussionsmöten för klienterna och genom en öppen beredningsprocess.

Reformering av finansieringen inom social-, hälso- och sjukvården

Finansieringen av den finländska socialvården och hälso- och sjukvården går genom ett system med många kanaler, och det finns minst åtta finansiärer, varav de viktigaste är staten, kommunerna, Folkpensionsanstalten, klienter, arbetsgivare och privata försäkringsbolag. Institutet för hälsa och välfärd har på begäran av social- och hälsovårdsministeriet gjort en utredning om fördelar, nackdelar och utvecklingsbehov i finansieringen av social-, hälso- och sjukvården genom många kanaler. På uppdrag av Statsrådets kansli har ett fortsättningsprojekt startats för att utveckla finansieringen inom hälso- och sjukvården. Vid sidan av de planer som gäller reformering av strukturerna har det också börjat förekomma initiativ, krav och diskussion som gäller de grundläggande lösningarna inom finansieringen. Man diskuterar framför allt finansieringen av hälso- och sjukvården, eftersom den på grund av en parallell kommunal finansiering och obligatorisk sjukförsäkring består av en modell med finansiering genom många kanaler, och också för att de minsta kommunernas finansiering av den dyra specialiserade sjukvården på grund av utjämnings- och jämlikhetsfrågor håller på att bli en allt mer problematisk fråga.

Många betydande initiativ och utredningar har lyfts fram i diskussionen kring finansieringen. Hösten 2009 föreslog social- och hälsovårdsminister Paula Risikko att servicen bör tillhandahållas av särskilda social- och hälsovårdsområden istället för av primärkommunerna. Det behövs uppskattningsvis omkring 30–50 sådana områden i landet. En del av dessa områden kunde bestå enbart av en stor primärkommun eller utgöra samkommuner. Utöver detta presenterades flera initiativ med lösningar som bygger på en nationell fond. Det första av dessa initiativ bereddes av Folkpensionsanstalten. En expertgrupp vid Institutet för hälsa och välfärd (THL) föreslog hösten 2010 att problemet med finansiering genom många kanaler bör lösas så att man bygger upp ett finansieringssystem med endast en kanal. I THL:s utredning har man med avsikt låtit bli att ta ställning till hur strukturen i ett sådant system borde se ut och hur systemet kunde styras med hjälp av demokratiskt beslutsfattande.

I social- och hälsovårdsministeriets rapport (SHM 2011:7) föreslås att tillhandahållandet och finansieringen av social-, hälso- och sjukvården ska handhas av samma instans. Ett hinder för finansieringsreformen har varit att det förekommit oklarhet och oenighet om hur finansieringen kunde harmoniseras och fördelas på en bredare bas så att man samtidigt kunde bibehålla den demokratiska styrningen vid beslut om de grundläggande strukturerna för såväl finansieringen som serviceproduktionen. Situationen försvåras också av att reformprocessen i den specialiserade sjukvårdens sjukhusnät saknar en stark nationell styrande strategi. Full service dygnet runt som baserar sig på hög teknologi kan inte upprätthållas vid alla sjukhus för specialiserad sjukvård och inte heller inom alla sjukvårdsdistrikt.

Social-, hälso- och sjukvårdens datasystem

Arbetet med att bygga upp en elektronisk informationshantering inom social-, hälso- och sjukvården fortsätter under de kommande åren så att patient- och klientuppgifterna på ett smidigt sätt ska kunna använ-

das när medborgaren eller invånaren får service på andra ställen än det ställe där uppgifterna uppkommit. Den operativa styrningen av den elektroniska informationsadministrationen inom social-, hälso- och sjukvården övergick den 1 januari 2011 från social- och hälsovårdsministeriet till Institutet för hälsa och välfärd (THL) och en ny enhet (OPER) skapades för ändamålet vid avdelningen för information. Enheten har som mål att stegvis införa de riksomfattande tjänsterna inom det nationella hälso- och sjukvårdsarkivet (KanTa), dvs. elektroniska recept (eRecept), elektroniskt patientdataarkiv (eArkiv), möjlighet för medborgarna att ta del av de egna uppgifterna (eKatselu) och en tjänst för hantering av data (en del av eArkiv; hantering av medborgarnas samtycke, vägran och viljeyttringar på nätet och yrkespersonalens möjlighet att ta del av de centrala uppgifterna om patienten) vid apotek och inom den offentliga och privata hälsooch sjukvården i hela landet före utgången av år 2015. Från och med början av år 2012 utvidgas OPER-enhetens uppgifter till att också omfatta kontinuerlig utveckling av informationsadministrationen inom det sociala området, som under sju projektår har utvecklats inom projektet för utveckling av datatekniken inom det sociala området (Tikesos). I början av år 2012 övertar enheten dessutom de uppgifter som tidigare skötts av projektbyrån KunTo som finansierats av social- och hälsovårdsministeriet och Finlands Kommunförbund (inklusive planeringen och samordningen av införandet av nationella datasystem). I och med lagändringen fastställdes en möjlighet för THL att utfärda normer av föreskriftskaraktär. Andra nationella projekt för utveckling av datasystemen inom social-, hälso- och sjukvården är till exempel Programmet för att påskynda elektronisk ärendehantering och demokrati (SADe-programmet) som finansieras av finansministeriet och vars mål är att alla de viktigaste tjänsterna ska ingå i medborgarnas och företagens elektroniska kommunikation före år 2013.

Ansaret för att tillhandahålla social-, hälso- och sjukvård och producera service i det nya regeringsprogrammet

Den 17 juni 2011 ledde regeringsförhandlingarna till resultat om den nya regeringens program "Ett öppet, rättvist och djärvt Finland". Tyngdpunkter i det nya regeringsprogrammet är bland annat att minska fattigdom, ojämlikhet och utslagning och att stabilisera den offentliga ekonomin. I regeringsprogrammet konstateras att ansvaret för att ordna och finansiera social- och hälsovården bevaras hos kommunerna, men som ett alternativ till en stark kommun som klarar av att ordna och finansiera social- och hälsovården får vid behov ges möjlighet till ett undantagsförfarande, där kommunerna tillsammans kan bilda social- och hälsovårdsområden som klarar av att ansvara för ordnandet och finansieringen av social- och hälsovården och som till sitt befolkningsunderlag är tillräckligt stora. Genomförandet av reformen av servicestrukturen inom social- och hälsovården utreds som en del av utredningen om kommun- och servicestrukturen. För att genomföra reformen av servicestrukturen stiftas det en lag som gäller ordnande, finansiering, utvecklande och vervakning av social- och hälsovården.

Marina Erhola
Överdirektör
Verksamhetsområdet för social- och hälsotjänster

Riitta Haverinen
Ledande expert
Avdelningen för servicesystemet

Merja Kovasin
Utvecklingschef
Verksamhetsområdet för social- och hälsotjänster

Pia Maria Jonsson
Utvecklingschef
Enheten för utveckling av social- och hälsotjänster

Simo Kokko
Utvecklingschef
Enheten för utveckling av social- och hälsotjänster

Vesa Jormanainen
Enhetschef
Enheten för operativ styrning av informationsadministrationen inom social- och hälsovården
Institutet för hälsa och välfärd

Vägledning av och tillsyn över socialvården

HANNA AHONEN

I Finland har stora förändringar skett i verksamhetsbetingelserna och sättet att organisera social- och hälso- och sjukvården, och stora reformer är att vänta också under de närmaste åren. Kommunstrukturen kommer att förändras, och målet är att skapa större kommuner med bättre ekonomisk bärkraft för att lagstadgad basservice kan tryggas för alla medborgare.

Samtidigt fortsätter privatiseringen av tjänsterna. Servicesystemet för socialvård och hälso- och sjukvård i Finland är för närvarande splittrat och brokigt, vilket dels ökar tillsynsbehovet och dels innebär stora svårigheter för det praktiska tillsynsarbetet. I nuläget är det svårt för tillsynsmyndigheterna att klargöra vem som i praktiken svarar för de olika tjänsterna och vilka som är de rätta mottagarna när utredningar begärs och påföljder bestäms för inadekvat verksamhet.

Den nya hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft 1.5.2011 och förslag till revidering av socialvårdslagstiftningen kommer att färdigställas ännu i år. Samtidigt pågår en aktiv diskussion kring behovet av att förnya lagstiftningen om organisering, utveckling och tillsyn över socialtjänsterna och hälso- och sjukvården. En arbetsgrupp tillsatt av social- och hälsovårdsministeriet har nyligen lämnat sin slutrapport med riktlinjer för organiseringen av socialvården och hälso- och sjukvården. Regeringen som bildades av statsministeri Jyrki Katainen i juni 2011 har i sitt program fastställt ett flertal riktlinjer som gäller social- och hälsovårdstjänsterna och tillsynen över dem. Ett av målen är att stärka sakkunskapen inom socialtjänsterna genom att grunda ett nationellt register över yrkesutbildade personer inom socialvården.

Arbetsfördelningen mellan myndigheter

Social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för den allmänna styrningen och vägledningen av social- och hälsovården samt för beredningen av lagstiftningen på området.

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira är ett centralt ämbetsverk underställt social- och hälsovårdsministeriet med uppgift att övervaka verksamheten inom social- och hälsovården, alkoholförvaltningen samt miljö- och hälsoskyddet och sköta tillståndsförvaltningen och styrningen i samband med dem. De sex regionförvaltningsverken svarar lokalt för motsvarande uppgifter. Institutet för hälsa och välfärd (THL) fungerar som socialvårdens och hälso- och sjukvårdens forsknings-, utvecklings- och statistikmyndighet.

År 2010 övertog Valvira den riksomfattande styrningen av och tillsynen över socialtjänsterna. Före det har socialtjänsterna inte koordinerats eller övervakats på riksnivå.

Lagstiftningen som gäller socialtjänsterna är till stor del ramlagar som lämnar rum för olika tolkningar. Resultatet har blivit att det uppstått olika verksamhetsmodeller med varierande praxis i olika delar av landet. Medborgare och näringsidkare har inte samma rätt till tjänster på lika villkor i hela landet. Valviras uppgift är att styra regionförvaltningsverken så att deras tillsyns-, tillstånds- och vägledningspraxis blir så enhetliga som möjligt i hela landet.

Regionförvaltningsverken har hittills beviljat alla tillstånd för privata socialtjänster, men efter ändringar i lagstiftningen beviljas riksomfattande tillstånd i fortsättningen av Valvira för dem som vill tillhandahålla tjänster inom ett område som sträcker sig över flera regionförvaltningsverk.

Tillsynsärenden som gäller socialtjänster avgörs i regel av regionförvaltningsverken. Valvira avgör ärenden som gäller socialtjänsterna i sådana fall där till exempel ett klagomål som gäller hälso- och sjukvård och som är under beredning hos Valvira leder till ett behov av att utreda vilken roll socialtjänsterna har haft i sammanhanget. Dessa frågor kan till exempel gälla klienter som vårdats på ålderdomshem eller som anlitat tjänster för utvecklingsstörda.

Valvira handlägger tillsynsärenden inom socialtjänsterna också när det gäller principiellt viktiga frågor med långsiktiga konsekvenser. Valviras beslut fungerar i det fallet som prejudikat när regionförvaltningsverken i fortsättningen ska avgöra liknande fall.

Tillsynsärenden inom socialtjänsterna (regionförv.verken+Valvira) per verksamhetsområde år 2010:

Verksamhetsområde	Antal fall 2010	%
Socialarbete	15	1,5
Rådgivning i uppfostrings- och familjefrågor	3	0,3
Utkomststöd	204	20,4
Barnskydd	172	17,2
Missbrukarvård	25	2,5
Tjänster för funktionshindrade	61	6,1
Äldreomsorg	221	22,1
Specialomsorger för utvecklingsstörda	51	5,1
Hemservice (för andra än äldre)	91	9,1
Vårdnad av barn och umgängesrätt	27	2,7
Närståendevård	10	1,0
Underhållsbidrag och faderskapsärenden	2	0,2
Mentalvårdstjänster	22	2,2
Barndagvård	65	6,5
Omfattande inspektion av organisation	0	0,0
Övriga	32	3,2
SAMMANLAGT	1001	100,0

Antalet tillsynsärenden ökar hela tiden både på regionförvaltningsverken och på Valvira.

Tillsynsresurser och -metoder

Jämfört med de andra nordiska länderna har Finland väldigt lite personal som anvisats för tillsynen av socialsektorn. Valvira anvisades endast 11 årsverk för nationell styrning av och tillsyn över socialvården, och även dessa är i praktiken överföringar från regionförvaltningsverken. Samtliga anställda på regionförvaltningsverken medräknade motsvarar personalresurserna inom tillsynen över socialvården totalt 40 årsverken.

Därtill har Valvira tillgång till permanenta utomstående sakkunniga som vid behov avger utlåtanden om anhängiga ärenden och fungerar som stöd för tillsynen. Dessa omkring 50 experter bistår även regionförvaltningsverken.

Tyngdpunkten bör ligga vid förhandskontroll och särskilt vid satsningar på en effektivare egenkontroll. Bristen på arbetskraft orsakar redan i sig att vi inte i någon större omfattning kan stödja oss på den traditionella metoden med inspektioner på ort och ställe, utan är i stället tvungna att hela tiden utveckla vår tillsynspraxis. Inom den privata sektorn är tillståndsförfarandet en effektiv form av förebyggande kontroll som hjälper oss att vägleda verksamheten och styra resurserna i rätt riktning. En effektivare egenkontroll stöder också vår strävan att främja klienternas delaktighet och valmöjligheter. Med hjälp av egenkontroll kan problemen angripas omedelbart, medan den retroaktiva myndighetstillsynen är ett långsamt sätt att gå tillväga.

Valvira har upprepade gånger både till social- och hälsovårdsministeriet och till finansministeriet uttryckt sin oro över de bristfälliga tillsynsresurserna. Allt tyder på att budskapet har gått fram, eftersom det nya regeringsprogrammet innehåller ett ställningstagande om att metoderna och resurserna för tillsynen över social- och hälso-tjänsterna kommer att utvecklas och stärkas. Tillsynsuppgifter som gäller social-

tjänsterna och hälso- och sjukvården kommer att koncentreras till Valvira. För att förbättra medborgarnas jämlikhet och likabehandling inom den regionala tillståndsförvaltningen kommer Valviras vägledande och koordinerande roll att stärkas i relation till regionförvaltningsverken.

Socialvårdens tillsynsprogram som verktyg för strategisk styrning

Valviras nya strategi färdigställdes år 2010. Ett av de strategiska målen för ämbetsverket är att identifiera och förutse risker och att inrikta arbetet utgående från riskbedömningar. En viktig strategisk linje är också att särskilt bevaka deras rättigheter som inte själva kan försvara sina intressen.

I sina riktlinjer framhåller Valvira betydelsen av aktörernas egenkontroll. Tillsynen har en avgörande roll för patient- och klientsäkerheten och för medborgarnas rättsskydd. Tyngdpunkten får dock inte ligga i tillsynsmyndigheternas arbete. Det huvudsakliga tillsynsarbetet ska bedrivas på arbetsplatser och av arbetsgivare. Tillsynsmyndigheterna vill komma ifrån den nuvarande, ibland oerhört detaljerade tillsynen över det praktiska arbetet och i stället hantera verksamhetshelheter och bedöma slutresultatet av tjänsterna. Tyngdpunkten bör flyttas mer till övervakning av att de som bedriver verksamhet på fältet har en tillräckligt detaljerad egenkontrollplan som också följs till punkt och pricka.

För medborgarnas rättsskydd är det naturligtvis nödvändigt att efterhandskontrollen, till exempel klagomålen, handläggs och avgörs på ett adekvat sätt.

Valvira har i sin vägledning av och tillsyn över socialvården som verktyg valt att utarbeta tillsynsprogram för olika delområden tillsammans med regionförvaltningsverken. I programmen fastställs gemensamma riktlinjer som gäller i hela landet. Syftet med dem är att åstadkomma:

- planmässig och täckande tillsyn/möjlighet att inrikta tillsynen utgående från observerade brister och behov och enligt överenskomna riktlinjer
- kartläggning av risker och en ändamålsenlig inriktning av tillsynsåtgärderna
- utveckling av tillsynsmetoder och ökad samhällseffekt
- fokusering på förebyggande tillsyn och riskbedömning
- stöd för serviceleverantörerna i kvalitetssäkring och egenkontroll

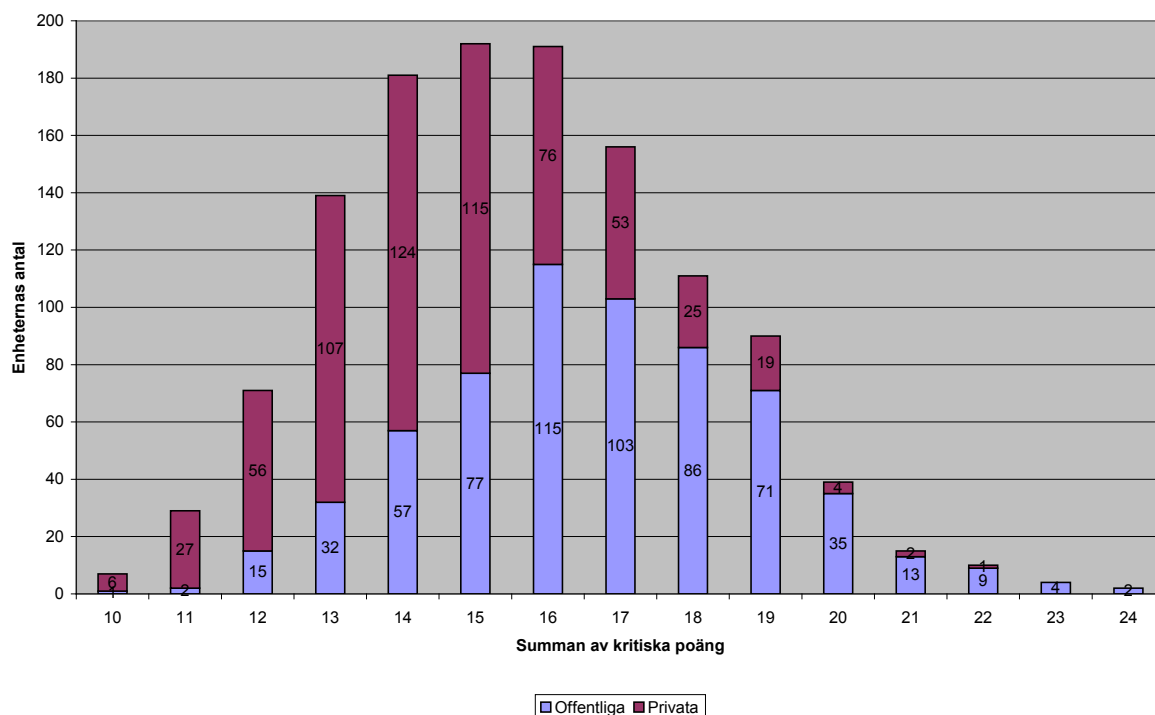
Syftet med tillsynsprogrammen är framför allt att stödja vård- och serviceenheternas egenkontroll både i fråga om förebyggande och retroaktiv kontroll. Tillsynsprogrammen som utarbetas av tillsynsmyndigheterna fastställer de riktlinjer som aktörerna ska följa i sina planer för egenkontroll, eftersom riktlinjerna anger miniminivåer och önskade resultat som myndigheten förutsätter.

Det första gemensamma tillsynsprogrammet som utarbetats tillsammans av Valvira och regionförvaltningsverken gäller tillsynen över dygnetruntvård inom vård och omsorg för äldre. Programmet färdigställdes år 2008. Valvira och regionförvaltningsverken har också genomfört två utredningar om hur dygnetruntvården för äldre fungerar i praktiken. Utredningen, som gällde ålderdomshem och boendeenheter inom det s.k. effektiverade serviceboendet (personal på plats dygnet runt) färdigställdes år 2010 och motsvarande utredning om hälsovårdscentralernas vårdavdelningar år 2010.

En lång rad brister observerades inom äldreomsorgen i vårdenheter som bedrevs såväl inom socialvårdens och hälso- och sjukvårdens regi. Personaldimensioneringen understeg rekommendationerna på ett flertal vårdenheter och relativt många bland personalen saknade formell kompetens. Vård- och behandlingsplanerna uppdaterades på många håll alltför sällan. Även klienternas och patienternas individuella medicineringsuppdaterades för sällan.

En observation väckte livlig debatt i medierna: i största delen av de enheter som tillhandahöll dygnetruntvård för äldre var nattfastan mellan kvällens sista och morgonens första måltid 11 timmar lång eller till och med längre. Ett betydande resultat av undersökningen var också att kommunala tjänster enligt alla använda mätmetoder verkade fungera sämre än privata tjänster. Detta torde förklaras av att den privata verksamheten är tillståndsbaserad, och alltså föremål för förhandskontroll, medan motsvarande system saknas inom den offentliga sektorn.

Skillnaderna mellan offentliga och privata tjänster framgår tydligt av figuren nedan som beskriver fördelningen av s.k. kritiska poäng i utredningen (ju större poängantal desto sämre kvalitet).



Följande tillsynsprogram inom socialvården har nyligen publicerats:

- Boendetjänster med dygnetruntservice för rehabiliteringsklienter inom mentalvården och missbrukarvården samt institutionsvården för missbrukare
- Boendetjänster med dygnetruntservice för funktionshindrade
- Handläggningstider för utkomststöd
- Dygnetruntservice inom barnskyddet.

Tillsynsprogrammet för vård i hemmet kommer att bli klart inom kort. För närvarande pågår även beredning av tillsynsprogram för barnskyddet samt för innehåll och praxis vid beviljande av utkomststöd.

Målet är att även starta beredningen av ett separat tillsynsprogram för servicestrukturerna.

Tillsynsprogrammen som utarbetats av Valvira och regionförvaltningsverken fokuserar på proaktiv kontroll och en ökad transparens av tillsynen. Arbetet med programmen försvåras visserligen av att klart uttryckta minimikrav inte fastställts i lagstiftningen för alla delområden inom socialtjänsterna. Till exempel när det gäller personaldimensioneringen inom socialvårdens institutioner finns endast rekommendationer som inte är bindande. Det är svårt för tillsynsmyndigheterna att angripa i brister om den gällande lagstiftningen saknar kriterier för angripande.

Ett annat problem är att det inte finns en tillräckligt täckande bild av rådande situation. För att övervaka tidsfristerna av handläggningen av ärenden som gäller äldreomsorg och utkomststöd har Valvira och regionförvaltningsverken på eget initiativ gjort upp enkäter till verksamhetsenheterna, men de resurser som finns till buds räcker inte till för en sådan insats på alla delområden inom socialtjänsterna. Valvira anser det vara viktigt att lagstiftningen tydligt fastställer vilken myndighet som svarar för insamlingen av data som tillsynsmyndigheterna behöver för uppföljning.

Hanna Ahonen

Socialråd

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården

Några pressmeddelanden från social- och hälsovårdsministeriet

Pressmeddelande 117/2011

Barnets små sommarlöner minskar inte familjens utkomststöd

Ett minderårigt barns små inkomster tas enligt lagen om utkomststöd inte i beaktande då familjens utkomststöd beviljas. I utkomststödslagen har man inte definierat något eurobelopp för små inkomster. I vilken utsträckning barnets sommarinkomster kan anses vara små eller sporadiska hör till kommunens självständiga prövningsrätt.

Social- och hälsovårdsministeriet har dock gett kommunerna anvisningar i frågan i sin guide om praxis och lösningar som visat sig vara bra för utkomststödet. I anvisningarna konstateras att barnets sporadiska sommar- och veckoslutslöner är sådana små inkomster som ska lämnas obeaktade.

Barnets regelbundna inkomster inverkar på stödet

Däremot har man i utkomststödslagen stadgat om barnets regelbundna inkomster. Familjens grundläggande utkomststöd består i huvudsak av föräldrarnas och barnens grunddelar samt boende- och hälsovårdsutgifter. På grund av ett barn som bor hemma och som har regelbundna inkomster kan familjens utkomststöd minskas med grunddelen för ifrågavarande barn. Barnets inkomster inverkar inte på föräldrarnas grunddelar. Ett minderårigt barn är inte skyldigt att försörja sina föräldrar eller syskon.

Alla familjer med utkomststöd får av de regelbundna inkomsterna (medräknat barnets betydande regelbundna inkomster) behålla minst 20 % eller högst 150 euro, samt dessutom möjliga kostnader för förvärvsarbete såsom arbetsresekostnader. En inkomst av denna storlek påverkar således inte inkomststödet belopp. Om den regelbundna inkomsten däremot överstiger tidigare nämnda belopp minskas utkomststödet.

Man bör alltid komma ihåg att utkomststödet kommer i sista hand och är en prövningsbaserad ekonomisk stödform. Alla inkomster och förmåner minskar i regel utkomststödet. Varje beslut om utkomststöd fattas på basen av en individuell situation och individuella behov.

Pressmeddelande 102/2011

Arbetsgrupp: Social- och hälsovårdens strukturreformer är nödvändiga

Organiseringen av social- och hälsovården kan inte genomföras utan att servicestrukturen reformeras. Detta anser arbetsgruppen som onsdagen den 27 april lämnade sin slutrapport till omsorgsminister **Paula Risikko**. Arbetsgruppen hade till uppgift att bereda förslag till organiseringen av social- och hälsovården.

Kommunstrukturen har betydelse för organiseringen av social- och hälsovården, och därför föreslår arbetsgruppen alternativa modeller som tar hänsyn till eventuella förändringar inom kommunfältet. I samtliga föreslagna modeller förverkligas de av arbetsgruppen utstakade målriktlinjerna för jämställdhet, kundorientering, genomslagskraft och kostnadseffektivitet samt branschens attraktivitet.

Arbetsgruppen betonar att förslagen i sin helhet har utarbetats med tanke på organiseringen av social- och hälsovården samt förverkligandet av medborgarnas grundläggande rättigheter.

I de tre alternativa modellerna har förändringarna inom kommunfältet beaktats

Enligt arbetsgruppen kunde social- och hälsovården organiseras på två nivåer så att cirka 30-50 kommuner skulle svara för uppgifterna på primärnivå. Fem områden skulle svara för de gemensamma särskilda tjänsterna. Kommunerna skulle få betydligt bättre förutsättningar för att sörja för befolkningens social- och hälsovård samt de behövliga tjänsterna för kunderna.

Om antalet kommuner förblir större, kunde en modell som grundar sig på kommunsamarbete tillämpas. Det område som kommunerna bildar eller en stor kommun skulle svara för organiseringen och

finansieringen på primärnivån samt i fråga om en del av de särskilda tjänsterna. Områdena och de stora kommunerna skulle tillsammans svara för tjänsterna på specialnivå. Totalt skulle det finnas mellan knappt 20 och cirka 50 kommunområden eller stora kommuner som svarar för basnivån och fem motsvarande områden som svarar för specialnivån. Områdena skulle få betydligt bättre förutsättningar för att sörja för befolkningens social- och hälsovård samt de behövliga tjänsterna för kunderna.

Ett alternativ är att en enda kommun skulle svara för hela förverkligandet av social- och hälsovården, med andra ord för samtliga uppgifter mellan primärnivån och de särskilda tjänsterna. Det kunde finnas 20 kommuner av denna typ i Finland. Kommunerna kunde själva sörja för en balanserad och jämlik alloker- ing av resurser inom hela den social- och hälsovård som befolkningen behöver samt för ett kundorienterat förverkligande av tjänsterna.

I samtliga föreslagna modeller skulle skötseln av de nationellt centraliserade uppgifterna regleras.

De problem som orsakas av den flerkanaliga finansieringen bör elimineras steg för steg

Den flerkanaliga finansieringen försvårar hanteringen av helheten och ger inom systemet upphov till konkurrens om sakkunniga och andra resurser. Arbetsgruppen föreslår att man i syfte att minska problemen med den flerkanaliga finansieringen inom social- och hälsovården utreder hur statsandelarna för sjukförsäkringens vårdkostnader kunde överföras till kommunernas statsandelar.

Reformerna som gäller organiseringen och finansieringen av social- och hälsovården bör enligt arbetsgruppen genomföras samtidigt. De föreslagna ändringarna kräver ändringar i fastställningsgrunderna för social- och hälsovårdens statsandelar.

Pressmeddelande 96/2011

Kommunerna uppmantras till samarbete i organisering av dagvårdsservice

Till lagen om barndagvård har fogats en bestämmelse om att en kommun kan ordna barndagvård även för andra än kommunens egna invånare. Syftet är att inom gränserna för barnets bästa främja sådan dagvårdsservice som utgår från klienten och som baserar sig på samarbete mellan kommunerna.

Genom reformen utvidgar man inte kommunens skyldighet att ordna service. Den subjektiva rätten till en dagvårdplats gäller även i fortsättningen endast kommunens egna invånare och till exempel de personer som på grund av studier, arbete eller av motsvarande skäl vistas i kommunen.

När en kommun ordnar dagvård för en annan kommuns invånare, ska kommunerna sinsemellan avtala om uppbärande av ersättning från barnets hemkommun. Om ett barn som får förskoleundervisning deltar i barndagvård som ordnas i annan kommun än hemkommunen har den som ordnar undervisningen rätt att förutsätta att barnets vårdnadshavare svarar för de kostnader som orsakas av transporten eller ledsagningen mellan dagvårdsplatsen och platsen för förskoleundervisningen.

Regeringen föreslog onsdagen den 6 april att lagarna i ärendet ska godkännas. Republikens president har för avsikt att stadfästa lagarna den 8 april 2011.

Lagarna träder i kraft den 1 augusti 2011.

Pressmeddelande 92/2011

Kommunen kan även ordna vård utom hemmet med uppdragsavtal

Kommunen kan ordna vård utom hemmet under familjevårdarens ledighet eller annan frånvaro genom att ingå ett uppdragsavtal med en person som uppfyller de krav som gäller familjevårdare. Den ersättande vårdaren kan komma till familjevårdarens hem för att ta hand om de personer som familjevårdaren vårdar, om familjevårdaren samtycker till detta och detta ligger i de vårdade personernas intresse.

Även ersättande vård under en närståendevårdares ledighet eller annan frånvaro ska kunna ordnas på samma sätt på basis av ett uppdragsavtal som ingås med en person som lämpar sig som vårdare.

Lagändringen kommer att ge kommunerna ett nytt alternativ att ordna vård utom hemmet, men detta förpliktar inte kommunen att ordna vård utom hemmet på ett visst sätt.

Barnets vård utom hemmet ska i främsta hand ordnas i familjevård

Från början av år 2012 blir familjevård den främsta formen av vård utom hemmet, i förhållande till institutionsvård. Vård utom hemmet för ett barn kan ordnas endast i institutionsvård om den inte kan ordnas annanstans i enlighet med barnets bästa och med tillräckliga stödformer.

Samtidigt blir det obligatoriskt att ge förhandsträning för familjevårdare, och för familjevårdarna ordnas tillräckligt stöd under placeringen. Minimiarvodet för familjevårdare höjas till 650 euro.

Statsrådet föreslog fastställande av lagarna i fråga onsdagen den 6 april. Avsikten är att republikens president ska fastställa lagen på fredagen. Stadganden som gäller ersättande vårdare träder i kraft i början av augusti 2011 och andra ändringar ska verkställas i början av år 2012.

Pressmeddelande 91/2011

Kommuner kan ansöka att delta i social- och hälsovårdens regionala försökl

Kommuner och samkommuner kan fram till slutet av augusti 2011 ansöka om att delta i försök, i vilka man utvecklar ordandet av social- och hälsovården. Kärnan i försöken är en tillräckligt stor kommun eller ett tillräckligt stort kommunområde som svarar för basservicen samt för en del av specialservicen som en helhet.

Flera kommuner genomför redan reformer som gäller ordnandet av social- och hälsovården. Syftet med den temporära försökslagen är att stöda kommuner och samkommuner i utvecklandet av social- och hälsovården samt att informera om centrala principer för servicestrukturreformen.

Ett annat mål med försöken är att stöda beredningen av lagstiftningen om ordnandet av social- och hälsovården och samla in kommuners synpunkter i fråga om utvecklandet av lagstiftningen.

De kommuner som deltar i försöken får särskilt stöd från social- och hälsovårdsministeriet och Institutet för hälsa och välfärd för sin utvecklingsverksamhet. Områdena kan också ansöka om utvecklingspengar för sin verksamhet från Kaste-programmet.

De områden som deltar i försöken har möjlighet att inom social- och hälsovården utnyttja sambruket av klient- och patientuppgifter enligt hemvårdsförsöket utan patientens samtycke.

Regeringen föreslog fastställande av lagen om ordandet av social- och hälsovården onsdagen den 6 april. Avsikten är att republikens president ska fastställa lagen på fredagen. Den temporära försökslagen är giltig till slutet av år 2014.

Social- och hälsovårdsministeriet har redan antagit tre områden till försöket, vilka på basen av planerna fyller kraven som förutsatts av försöken. Södra-Karelen social- och hälsovårdsdistrikt (Eksote), Kouvolan stad och Uleåborg stad har blivit antagna i den första perioden av försöken. Nya områden som vill delta i försöken kan ansöka till slutet av augusti. För intresserade arrangeras ett skilt diskussionstillfälle i social- och hälsovårdsministeriet i början av juni.

Pressmeddelande 90/2011

Sakkunniggrupp anser: Multiprofessionell verksamhetsmodell främjar sysselsättningen för långtidsarbetslösa

Social- och hälsovårdsministeriet, arbets- och näringsministeriet och Kommunförbundet informerar
För personer med svag ställning på arbetsmarknaden är det nuvarande servicesystemet oenhetligt och svårt att gestalta. Genom en lagstadgad verksamhetsmodell som bygger på multiprofessionellt nätverksarbete mellan arbets- och näringsförvaltningen, kommunerna och FPA kunde sysselsättningen främjas bättre än idag. Verksamhetsmodellen går ut på att ett multiprofessionellt nätverk planerar kundens serviceprocess och tar fram arbetskraftstjänster, social- och hälsovårdstjänster och FPA:s rehabiliteringstjänster. Detta föreslår den sakkunniggrupp som tillsatts av social- och hälsovårdsministeriet, arbets- och näringsministeriet och Finlands Kommunförbund. Gruppen lämnade den 6 april sin slutrapport till omsorgsminister Paula Risikko, arbetsminister Anni Sinnemäki och Kommunförbundets vice verkställande direktör Timo Kietäväinen.

Risikko understöder gruppens förslag om ett gemensamt serviceställe för arbets- och näringsförvaltningen, kommunerna och FPA. "Det är viktigt att arbetssökande får de tjänster de behöver i rätt tid och på ett ändamålsenligt sätt runtom i Finland. Bara bedömningen av servicebehoven kräver ofta ett multiprofessionellt kunnande. Det är bra att arbetslösa arbetssökande får hjälp med att på ett och samma ställe hitta lämpliga tjänster, det må sedan gälla rehabilitering, arbetslivsträning, anställning med sysselsättningsstöd eller till exempel missbrukarvård. För egen del är jag redo att arbeta för att frågan ska tas med i följande regeringsprogram", sade Risikko.

Också Kommunförbundets vice verkställande direktör Timo Kietäväinen anser det vara viktigt att den multiprofessionella verksamhetsmodellen utsträcks till att omfatta hela landet och att verksamheten i servicecentralerna för arbetskraft blir lagstadgad. Enligt Kietäväinen är det av central betydelse att ersättningen till kommunen för arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte höjs så att den motsvarar kostnaden för en genomsnittlig arbetsterapidag. "Kommunernas resurser räcker inte till för att tillgodose det nuvarande behovet av arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte och inte för att utvidga verksamheten. Kostnaderna måste fördelas jämnare mellan staten och kommunerna."

Arbetsminister Anni Sinnemäki säger att sakkunnigruppens förslag är ett gott stöd för de riktlinjer som arbets- och näringsministeriet dragit upp för att minska långtidsarbetslösheten. "Arbets- och näringsministeriets övergripande mål är att vid sidan av bättre service för arbetslösa utöka företagens beredskap att anställa personer med partiell arbetsförmåga, handikappade och långtidsarbetslösa. Vi arbetar för att sänka tröskeln för anställning av personer som hör till dessa grupper."

"I rapporten lyftes också fram personer med svag ställning på arbetsmarknaden. En del av dem är i en sådan situation att det är osannolikt att de får arbete på den öppna arbetsmarknaden. Också deras rätt till delaktighet i arbetslivet måste tryggas", betonar Sinnemäki.

Gruppen granskade olika åtgärder genom vilka det går att utöka möjligheterna till rehabilitering och aktiv delaktighet i arbetslivet och samhället för personer med en svag ställning på arbetsmarknaden.

Pressmeddelande 78/2011

Målet att halvera långtidsbostadslösheten är uppnått

Meddelande från miljöministeriet samt social- och hälsovårdsministeriet

Det viktigaste kvantitativa målet i regeringens program för minskning av långtidsbostadslöshet (2008-2011) – 1 250 nya bostäder, stödbostäder eller servicebostäder – kommer att överskridas. I nuläget har 670 nya bostäder eller bostadsplatser tagits i bruk, i slutet av år 2011 kommer man att ha tagit i bruk minst 1 088 bostäder och under 2012 ska motsvarande siffra för nya bostäder eller stödbostäder vara sammanlagt 1 697 stycken. Man har kunnat anställa totalt 205 personer som arbetar med stödtjänster för bostadslösa. Projekten i programmet har realiserats och pågår i alla tio programstäder.

Utgångspunkten för programmet har varit principen "bostad först", det vill säga att en egen bostad och bättre livsomständigheter ger människor motivation till att delta i rehabilitering. Detta visar sig till exempel i att alkoholbruket har minskat. De nya enheterna som har byggts i minskningsprogrammet har reducerat antalet icke ändamålsenliga investeringar, exempelvis institutionsvård, vilket har resulterat i besparningar för städerna.

Enligt en undersökning som utreder de ekonomiska effekterna av den minskade bostadslösheten använder tidigare bostadslösa personer som bor i det nya intensiva stödboendet andra tjänster för boende, drogmissbruk och sjukvård i betydligt mindre omfattning. I en enhet med 15 personer är de årliga besparingarna 14 980 euro per person.

– Stödboende i det befintliga bostadsbeståndet är mycket fördelaktigare för samhället än att lösa bostadslöshet genom plats på sjukhus, drogklinik eller fängelser. Bostadsrådgivning tycks också mycket effektivt förhindra vräkning och minskar därmed utgifterna för sociala och rättsliga åtgärder samt fastighetsåtgärder, säger bostadsminister Jan Vapaavuori.

– Om man vill uppnå programmålen är det klokt att samtidigt styra den offentliga finansieringen till både bostadsbyggande och anställning av stödpersonal. Det är bra att det här programmets understöd, som styrs av två olika ministerier, riktas mot gemensamt överenskomna projekt. Det friktionsfria samar-

betet mellan miljöministeriet samt social- och hälsovårdsministeriet har skapat en trovärdighet som är avgörande för hela programmet, berättar omsorgsminister **Paula Risikko**.

Enligt en EU-finansierad, ny internationell utvärdering beror effektiviteten i Finlands program på en övergripande politisk vilja, parternas engagemang och rolldefinition, noggrant specificerade mål och mätningar av dem, tillräcklig finansiering och incitament till lokalt genomförande av programmet, ekonomiskt stöd och avsiktsförklaringar där man definierade statens och de lokala myndigheternas uppgifter och skyldigheter i städerna med högst bostadslöshet.

Pressmeddelande 70/2011

Arbetsgrupp: Stödbehovet hos barn till föräldrar med rusproblem måste alltid utredas

Inom enheter för rusmedelsservice måste större hänsyn tas till barn vars föräldrar har rusproblem, och tillgången till service riktad till dessa barn bör underlättas, föreslår den av social- och hälsovårdsministeriet tillsatta arbetsgruppen som har dryftat utvecklingen av stödtjänster till barn med föräldrar som har rusproblem. I sin slutrapport lägger arbetsgruppen fram förslag för att förebygga, upptäcka och ta hand om svårigheter som åsamkas barn vars föräldrar använder rusmedel.

Ett problem enligt arbetsgruppen är att det nuvarande hjälpsystemet är uppbyggt efter den vuxna befolkningens behov. Inom enheter för rusmedelsservice inriktas uppmärksamheten på vård av föräldrar med rusproblem, och då glömmar man ofta barnens särskilda och individuella behov. Arbetsgruppen föreslår att barnens behov av stöd alltid ska utredas, om en förälder har rusproblem. Dessutom ska barnet ha rätt till egen vård och eget stöd, oavsett om föräldern är föremål för vård.

Enligt arbetsgruppen är det viktigt att barn och ungdomar erbjuds information om de olägenheter som rusmedlen för med sig, barnens rättigheter samt den service som anordnas som stöd för barn, ungdomar och familjer, t.ex. på webben, så att det blir lättare att hitta denna service. Även i skolornas hälsoinformation bör man öka diskussionen kring rusmedlens negativa hälsoeffekter och i skol- och studerandehälsovården bör man effektivisera förebyggande och identifiering av ungas rusmedelsanvändning samt tidigt stöd när sådan upptäcks.

Arbetsgruppen föreslår att man bör öka kommunikationen som riktas till föräldrar om effekterna av deras rusmedelsanvändning. Kommunikationen bör riktas till alla föräldrar, därför att även så kallad måttlig alkoholanvändning kan vara skadlig ur barnens perspektiv. Bra informationskanaler är exempelvis moderskapsförpackningen, barnrådgivningen, familjeträning, familjekaféer, föräldrakvällar och idrottsevenemang. Man bör också kartlägga möjligheterna för en förälder, pappa eller mamma, som bor på annat håll, att stödja barnet.

Enligt arbetsgruppen måste man stärka kompetensen hos dem som arbetar inom social- och hälsovård samt pedagogik- och undervisningsverksamhet, för att identifiera, möta och i ett tidigt stadium hjälpa föräldrar med rusproblem och deras barn. Man måste säkerställa att det finns tillräckligt mycket personal inom elevvården, som ska ha en tydlig och stark position inom skolan.

Enligt arbetsgruppen måste man på riksnivå koordinera, utveckla och stödja arbetet för stöd till barn med föräldrar som har rusproblem. Samarbetet och informationsutbytet mellan olika förvaltningsgrenar och yrkeskårer måste ökas.

Omsorgsminister Paula Risikko tycker att arbetsgruppens förslag är goda. "Den nya hälso- och sjukvårdslagen förutsätter att barnets behov av vård och stöd alltid ska utredas. Barnet ska tryggas tillräcklig vård och stöd då barnets förälder eller någon annan med ansvar för vård och uppfostran får social- och hälsovårdstjänster och dennes förmåga att ta hand om barnet bedöms vara nedsatt", Påminde Risikko då hon tog emot arbetsgruppens slutrapport den 10 mars.

Speciellt viktigt är att ge barnet stöd då barnets förälder får mentalvårds- eller rusmedelsservice. "Jag föreslår att Institutet för hälsa och välfärd tar ett nationellt koordineringsansvar i arbetet med att stöda föräldrar med rusproblem på samma sätt som när det gäller våld i familje- och närrelationer" sade minister Risikko.

Pressmeddelande 60/2011

Uppmuntrande resultat genom försöket med arbetsbanker

"Försöket med arbetsbanker har visat att det för personer med partiell arbetsförmåga finns en väg till arbetslivet. Speciellt glad är jag över att företagen har haft så positiv inställning till arbetsbankerna", konstaterade social- och hälsovårdsminister Juha Rehula om resultaten av försöket med arbetsbanker den 3 mars i Helsingfors.

Företagen har varit nöjda med arbetsbankernas tjänster, och arbetsbankerna får kontinuerligt nya kunder. Arbetsbankerna erbjuder företagen lösningar för skötsel av olika arbetsanhopningar, säsonger och utlokaliseringar, och kombinerar dessa och egna entreprenörsarbeten till ett heltidsarbete.

Det på initiativ av SATA-kommittén år 2009 inledda nationella försöket med arbetsbanker sysselsatte förra året 189 personer med svag ställning på arbetsmarknaden. Av dessa övergick 63 genom arbetsbankerna till annan arbetsgivares tjänst. Två tredjedelar av de sysselsatta var partiellt arbetsförmögna.

I försöket ingick fyra arbetsbanker på olika håll i Finland som hade som uppgift att sysselsätta och överföra personer med svag ställning på arbetsmarknaden till den öppna arbetsmarknaden. Målet var att på basen av erhållna erfarenheter med mycket litet offentligt bidrag utveckla en god, fungerande verksamhetsmodell, som lätt och kostnadseffektivt kan kopieras till hela landet.

Verksamhetsmodellen förenar social- och arbetskraftspolitiken

Arbetsbankerna är sociala företag som anställer arbets sökande arbetslösa till att sköta företagets egen produktion eller entreprenad. Åt en arbetstagare i arbetsbanken betalas lön enligt kollektivavtal och man försöker erbjuda denne heltidsarbete.

Om en arbetstagare i arbetsbanken är villig och har förmåga att arbeta i något annat företag, hyr arbetsbanken ut arbetstagaren antingen utan eller med lönestöd. Då hyresarbetet är slut återgår arbetstagaren till att göra arbetsbankens eget arbete eller så erbjuds arbetstagaren till exempel utbildning. Målet är att det företag som hyrt arbetstagaren senare anställer arbetstagaren uppmuntrad av goda erfarenheter.

Arbetsbanken minskar det sysselsättande företagets risker och uppmuntrar arbetstagare till att anställa partiellt arbetsförmögna och andra personer som är svåra att sysselsätta. Ofta vågar arbetsgivarna inte själva anställa personer som länge varit arbetslösa eller partiellt arbetsförmögna. Förutom goda arbetstagare uppskattar många företag det sociala ansvarsbärandet som förverkligas i arbetsbankssamarbetet.

Handbok under arbete och gemensamma stödtjänster

Social- och hälsovårdsministeriet fortsätter med arbetsbanksförsöket ännu under 2011. Man vill ha med nya arbetsbanker. Under arbete är en från franchisingföretag bekant koncepthandbok där man definierar en verksamhetsmodell samt ger företagaren råd speciellt i frågor som gäller verksamhetens inledningskede. Man planerar också centraliserade stödtjänster för arbetsbankerna, såsom ordnande av information och marknadsföring.

Trots sin sociala natur är arbetsbankens verksamhet affärsverksamhet. Det offentliga stödet begränsas till lönebidrag och möjliga bonus som grundar sig på resultat. Lönebidrag kan vilket som helst företag få som sysselsätter en partiellt arbetsförmögen eller någon annan person med svag ställning på arbetsmarknaden.

Pressmeddelande 25/2011

Social- och hälsovårdssektorns forskningsinstitut inleder samarbete över förvaltningsgränserna

Regeringen gav den 27 januari 2011 en förordning om en sammanslutning av statens tre sakkunniginrättningar inom social- och hälsovårdsministeriets förvaltningsområde, dvs. Institutet för hälsa och välfärd (THL), Arbetshälsoinstitutet (TTL) och Strålsäkerhetscentralen (STUK).

Andra ämbetsverk och inrättningar som utför forsknings- och utvecklingsarbete inom social- och hälsovården, såsom Folkpensionsanstalten, Pensionsskyddscentralen och Säkerhets- och utvecklingscen-

tret för läkemedelsområdet, kan delta i verksamheten av det nya samarbetsorganet. Ämbetsverk och forskningsinstitut inom andra förvaltningsområden kan medverka i sammanslutningens forskningsprogram. Avsikten är dessutom att andra samarbetspartners, såsom andra forskningsinstitut, universitet och yrkeshögskolor samt forskningsfinansiärer, deltar i verksamheten.

Samarbetet syftar till att skapa tätare kontakter mellan olika organisationers varandra tangerande forskningsverksamhet, utveckla system för sektorforskning och stärka forskning som stöder beslutsfattandet.

Målet är att öka forskningens genomslagskraft i samhället

Det behövs starkare forskning, utvecklingsverksamhet och sakkunnighet för att lösa social- och hälsovårdssektorns utmaningar som hör samman med ändringar i samhället och miljön. Forskning inom social- och hälsovården behöver en multi- och tvärvetenskaplig approach som överskrider förvaltningsgränserna. Avsikten är att skapa en öppen och flexibel sammanslutning där det är lätt att bilda nätverk med både inhemska och internationella samarbetspartners.

Samarbetsorganets verksamhet har som mål att öka välfärds- och hälsoforskningens genomslagskraft i samhället, öka kunnande om social- och hälsovården, förbättra produktiviteten och stärka den finländska forskningens internationella konkurrenskraft. Med hjälp av samarbetsorganet kan kunnandet vid olika forskningsinrättningar utnyttjas mer effektivt i multi- och tvärvetenskapliga forsknings- och utvecklingsprogram. Avsikten är också att effektivisera kontroll och användning av informationsmaterial som samlats in med offentliga medel och som olika anstalter och inrättningar inom social- och hälsovården förfo-
gar över.

Sammanslutningen för naturresurs- och miljöforskning (LYNET-konsortiet) användes som modell när den nya sammanslutningen planerades. Det finns inte några särskilda anslag för sammanslutningen utan verksamheten genomförs med de deltagande anstalternas och inrättningarnas verksamhetspenningar. Det planerade samarbetet kan förbättra den internationella konkurrenskraften av finländska forskningsorganisationer inom social- och hälsovården. Detta kan i sin del underlätta tillgången till utländsk finansiering för forskning.

Pressmeddelande 16/2011

Under Finlands ordförandeskapsår främjas välfärd och hälsa

År 2011 är Finland ordförande för Nordiska ministerrådet, samarbetsorganet för de nordiska regeringarna. Det nordiska samarbetet inom social- och hälsovårdssektorn leds av social- och hälsovårdsminister **Juha Rehula** och omsorgsminister **Paula Risikko**. Samarbetet inom jämställdhetsfrågor leds av minister **Stefan Wallin**.

De nordiska ländernas social- och hälsovårdsministrar träffas under ordförandeperioden vid ett ministermöte i Vasa i juni, och på hösten hålls ett jämställdhetsministermöte. Ärendeberedningen sker i kommittéer där tjänstemän från social- och hälsovårdsministeriet deltar. Ordförande för ämbetsmannakommittén för social- och hälsovårdspolitik är Liisa-Maria Voipio-Pulkki, direktör vid social- och hälsovårdsministeriet. Ordförande för ämbetsmannakommittén för jämställdhetsfrågor är överinspektör Annamari Asikainen.

Programmet under Finlands ordförandeperiod består av tio olika sektorprogram. Social- och hälsovårdsministeriets program under ordförandeperioden omfattar social-, hälso- och jämställdhetspolitik samt arbetsmiljö- och näringsfrågor.

Bland annat följande teman kommer i olika former att behandlas under ordförandeskapsåret: nordisk välfärd och globaliseringen, hållbar utveckling, olika sätt att organisera social- och hälsovård, främjande av barnfamiljers och äldres hälsa och välfärd och utveckling av relaterade tjänster, det nordiska samarbetet inom psykisk hälsa samt underlättande av rörligheten mellan de nordiska länderna. Under ordförandeskapsåret ordnas flera möten, konferenser och seminarier. I april under en nordisk välfärdskonferens i Helsingfors diskuterar man till exempel den nordiska välfärdsmodellens roll i globaliseringen.

Inom jämställdhetssektorn utvecklas genusperspektivet i arbetet mot klimatförändringen. Under ordförandeskapsåret kör Finland igång ministerrådets nya fyraåriga samarbetsprogram för jämställdhet, där man under 2011 särskilt fokuserar på arbetslivsfrågor och på ett manligt perspektiv inom jämställdhetspolitiken. Dessutom fortsätter arbetet med att integrera ett genusperspektiv i ministerrådets olika samarbetsområden.

Under ordförandeskapsåret främjas också arbetshälsa och livsmedelssäkerhet, och dessutom fortsätter beredningen av de nordiska näringsrekommendationerna.

Under förberedelserna för genomförandet av ordförandeskapsåret har man inom social- och hälsovårdssektorn betonat den innehållsmässiga kontinuiteten och långsiktigheten i samarbetet, och därför är det viktigt att se till att påbörjade nordiska samarbetsprojekt slutförs framgångsrikt. I utvecklingen av innehållet i det nordiska samarbetet lyfter man fram en närmare sammankoppling av det nordiska samarbetet med annat arbete på olika internationella forum.

Pressmeddelande 14/2011

Vård av barn utom hemmet ska i första hand ordnas i familjevård

Regeringen föreslår att familjevård ska bli den främsta formen av vård utom hemmet framför institutionsvård. Enligt en ändring som görs i barnskyddslagen ska vård utom hemmet för ett barn endast ordnas i institutionsvård om den inte kan ordnas annanstans i enlighet med barnets bästa och med tillräckliga stödformer.

Statsrådet beslöt om innehållet i lagförslaget torsdagen den 20 januari. Avsikten är att republikens president överlämnar propositionen till riksdagen på fredagen.

Samtidigt blir det obligatoriskt att ge förhandsträning för familjevårdare, och för familjevårdarna ska ordnas tillräckligt stöd under placeringen. Minimiarvodet för familjevårdare föreslås bli höjt till 650 euro.

Kommunen ska även kunna ordna vård utom hemmet med uppdragsavtal

Kommunen ska kunna ordna vård utom hemmet under familjevårdarens ledighet eller annan frånvaro genom att ingå ett uppdragsavtal med en person som uppfyller de krav som gäller familjevårdare.

Den ersättande vårdaren kan komma till familjevårdarens hem för att ta hand om de personer som familjevårdaren vårdar, om familjevårdaren samtycker till detta och detta ligger i de vårdade personernas intresse.

Även ersättande vård under en närstående vårdares ledighet eller annan frånvaro ska kunna ordnas på samma sätt på basis av ett uppdragsavtal som ingås med en person som lämpar sig som vårdare.

Den föreslagna lagändringen kommer att ge kommunerna ett nytt alternativ att ordna vård utom hemmet, men detta förpliktar inte kommunen att ordna vård utom hemmet på ett visst sätt.

Pressmeddelande 1/2011

Social- och hälsovårdens regionala försök stöder kommunerna då tjänster ska förnyas

Permanent lagstiftning om ordnandet av social- och hälsovården är i beredningsskedet, och flera kommuner genomför redan reformer som gäller ordnandet av social- och hälsovården. Regeringen föreslår en temporär försökslag som stöder kommuner och samkommuner i utvecklandet av social- och hälsovården samt informerar om centrala principer för servicestrukturreformen.

Regeringen fattade beslut om innehållet i lagförslaget om ordnandet av social- och hälsovården onsdagen den 5 januari. Republikens president har för avsikt att överlämna propositionen till riksdagen fredagen den 14 januari.

Det föreslås att försökslagen träder i kraft så snart som möjligt och gäller till slutet av 2014. Lagen ska stöda försök som kommuner och samkommuner genomför för att utveckla ordnandet av social- och hälsovården.

Social- och hälsovårdens sammanhängande helhet som en förutsättning för försöken

Kärnan i försöken är ett tillräckligt stort område som svarar för basservicen samt för en del av specialservicen som en helhet. Som förutsättningar för deltagandet i de regionala försöken är bland andra en sammanhängande helhet av social- och hälsovården, samordning av basservice och specialservice, regionalt samförstånd och främjande av försökens operationella målsättningar, såsom bättre effektivitet av tjänster och starkare främjande av hälsa och välfärd.

De kommuner som deltar i försöken får särskilt stöd från social- och hälso-vårdsministeriet och Institutet för hälsa och välfärd för sin utvecklingsverksamhet. Områdena kan också ansöka om utvecklingspengar för sin verksamhet från Kaste-programmet.

De områden som deltar i försöken har möjlighet att inom social- och hälsovården utnyttja sambruket av klient- och patientuppgifter enligt hemvårdsförsöket över sektorsgränser utan patientens samtycke.

Ett annat mål med försöken är att stöda beredningen av lagstiftningen om ordnandet av social- och hälsovården. I samband med försöken samlas in kommuners synpunkter i fråga om utvecklandet av lagstiftningen.

Pressmeddelande 430/2010

Klienter inom barnskyddet ska tillhandahållas de tjänster som socialarbetaren föreslår

Den föreslagna lagen går ut på att kommunen ska tillhandahålla barnet och familjen sådana socialvårdstjänster som den socialarbetare som ansvarar för barnets angelägenheter bedömer vara nödvändiga med tanke på barnets hälsa och utveckling.

Regeringen föreslog onsdagen den 29 december att lagen i fråga ska fastställas. Avsikten är att republikens president fastställer lagen på torsdagen.

Målet är att förbättra i synnerhet tillgången till hemservice för de familjer som behöver den mest. Socialarbetaren antecknar sin bedömning av tjänsternas nödvändighet i barnets eller föräldrarnas klientplan, och kommunen ansvarar för att klienten får tjänsterna inom den tid som socialarbetaren föreslår. Ett beslut om tjänster ska fattas.

Ändringen ökar inte klienternas rättigheter eller kommunens skyldigheter. Den betonar barnskyddsarbetets karaktär av sådan service som ska ge stöd åt barnet och dess familj och med vars hjälp barnet och dess familj kan få hjälp i rätt tid. Med hjälp av stöd i rätt tid kan man förebygga senare behov av kraftigare och dyrare stödåtgärder.

Lagen träder i kraft den 1 januari 2011.

Pressmeddelande 428/2010

Större frihet att välja hemkommun i framtiden

Personer i institutionsvård och personer som behöver boendetjänster och familjevård får större frihet att välja sin hemkommun. Ändringarna i lagen om hemkommun och socialvårdslagen förbättrar speciellt äldre och funktionshindrade personers möjligheter att välja hemkommun. Regeringen föreslog onsdagen den 29 december att lagarna ska fastställas. Avsikten är att republikens president fastställer lagarna på torsdagen.

Enligt den ändrade lagen om hemkommun kan en person som behöver institutionsvård, boendetjänster eller familjevård under en lång tid till sin nya hemkommun välja den kommun inom vars område han eller hon faktiskt bor i en verksamhetsenhet eller bostad. Förutsättningen för att man ska kunna använda valfriheten är att vården eller boendet beräknas vara eller har varat över ett år.

I och med ändringen av socialvårdslagen kan en person be om en bedömning av servicebehovet och ordnande av tjänster även i en annan kommun än sin hemkommun. Således kan personen flytta från sin nuvarande hemkommun och bli invånare i en annan kommun och omfattas av dess tjänster. Lagändringen möjliggör t.ex. att en person i institutionsvård kan flytta närmare sina anhöriga och närstående.

Lagändringarna medför en omfördelning av ansvaret mellan de berörda kommunerna. Ansvaret för att ordna tjänster överförs från och med flyttningsdagen på den nya boendekommunen, medan den tidigare hemkommunen fortfarande bär ansvaret för kostnaderna för vård- och omsorgstjänster för personen. Lagarna träder i kraft den 1 januari 2011.

Pressmeddelande 414/2010

Permitterade personers rätt till full arbetslöshetsdagpenning får fortsättning

En temporär lag enligt vilken de personer som på grund av permittering har förkortad arbetsvecka får full arbetslöshetsdagpenning för permissionsdagarna förlängs med ett år.

Lagen gäller de arbetstagare vars arbetstid per vecka har förkortas med minst en dag.

Dessutom sänker fortsättningsvis inte en temporär lönesänkning som görs av produktions- eller ekonomiska skäl arbetstagarens inkomstrelaterade dagpenning, om han senare permitteras eller hans arbetsförhållande upphör. Grunden för den inkomstrelaterade dagpenningen är då den lönenivå som innehafts före lönesänkningen.

Båda ändringarna i lagen om utkomstskydd för arbetslösa är temporära. Stadgandena som gäller arbetslöshetsdagpenning under permitteringstiden tillämpas på permitteringar som verkställs under år 2011. Stadgandena som gäller lönesänkning tillämpas då man fastställer inkomstrelaterad dagpenning på basen av löner som utbetalats åren 2010–2012.

Statsrådet föreslog att lagförslaget ska godkännas tisdagen den 21 december. Avsikten är att republikens president ska stadfästa dem samma dag. Lagen träder i kraft 1.1.2011.

Cirka 6 800 personer hade i augusti 2010 förkortad arbetsvecka på grund av permittering. Största delen av dessa arbetar inom metall-, maskin-, apparatur- och elindustribranscherna.

Pressmeddelande 407/2010

Ändringar i lagen om utkomststöd förestående

Inkomststödet grunddel som ska beviljas en ung 18–24 åring utan yrkesutbildning får i fortsättningen sänkas med högst 20 procent då man har avslagit utkomstskydd för arbetslösa p.g.a. att utbildning avböjts utan grund eller den avbrutits. Genom lagändringen förenhetligas arbetslöshetsskyddets och inkomststödet stadganden. Regeringen fattade beslut om innehållet i lagförslaget i fråga torsdagen den 16 december. Republikens president har för avsikt att överlämna propositionen till riksdagen på fredag.

Avsikten är att hjälpa unga i en svår situation och som löper risk för utslagning att ta initiativ och integreras i samhället. En sänkning av inkomststödet bör alltid grunda sig på en individuell värdering och bedömning av den ungas helhetssituation. En sänkning av stödet för inte äventyra personens nödvändiga utkomst.

I samband med sänkningen av grunddelen bör alltid även en målinriktad plan utarbetas tillsammans med den unga personen för att förbättra livskompetensen. Planen ska göras i samarbete med en socialarbetare och arbetskraftsmyndigheterna och den ska ses över regelbundet.

I ändringen av inkomststödslagen är det frågan om att tillägga vägrande av utbildning och avbrytande av utbildning till de i lagen redan befintliga sänkingsgrunderna för stödet. En sänkning av grunddelen har också tidigare varit möjlig och personen utan grund har avböjt ett erbjudet arbete eller en sådan arbetskraftspolitisk åtgärd som under en rimligt lång tid skulle ha säkrat dennes inkomst. En sänkning av grunddelen har också varit möjlig om personen genom egen försummelse orsakat att arbete eller arbetskraftspolitisk åtgärd inte har kunnat erbjudas.

Dessutom föreslås att giltighetstiden för bestämmelsen, enligt vilken mottagare av utkomststöd får ha privilegierad inkomst upp till 20 procent, men högst 150 euro i månaden, förlängs till utgången av år 2014. Med privilegierad förvärvsinkomst avses inkomster som inte beaktas när utkomststöd beviljas. Med stadgandet vill man förbättra ställningen för de utkomststödklienter som arbetar samt uppmuntra till att skaffa sig små inkomster.

Förslagen baserar sig på SATA-kommitténs förslag om reform av den sociala tryggheten.

Avsikten är att lagen träder i kraft den 1 januari 2011.

Pressmeddelande 391/2010

Godtagbara boendekostnader för bostadsbidrag för pensionstagare höjs

Maximibeloppen för boendekostnader som beaktas i samband med bostadsbidrag för pensionstagare höjs med 3,6 procent. Höjningen motsvarar den faktiska höjningen av hyrorna för pensionstagare som får bostadsbidrag. Underhållskostnaderna för fastighet som räknas som godtagbara boendekostnader justeras också.

Statsrådet gav den 10 december en förordning om grunderna för bestämmande av bostadsbidraget för pensionstagare från och med 1.1.2011.

Maximibeloppen för boendekostnader

Höjningen av hyrorna för pensionstagare som bor i hyresbostad har mellan september 2009 och september 2010 varit större än förändringen i folkpensionsindexet. Enligt FPA:s statistik har hyrorna under denna period stigit med i genomsnitt 3,6 procent.

Maximibeloppen för de godtagbara boendekostnaderna höjs så att de motsvarar hyreshöjningen. Efter höjningen är maximibeloppen 6 876 euro per år i kommungrupp I, 6 323 euro per år i kommungrupp II och 5 547 euro per år i kommungrupp III.

Underhållskostnader för fastighet som räknas som godtagbara boendekostnader

Om en pensionstagare som är berättigad till bostadsbidrag bor i egnahemshus godkänns som boendekostnader kostnader för uppvärmning, vatten och underhåll i enlighet med de genomsnittliga kostnaderna, dvs. enligt de årligen bekräftade underhållsnormerna.

De godtagbara vattenkostnaderna höjs med 1,80 euro så att de nästa år uppgår till 22,83 euro per person i månaden.

Beloppet för uppvärmningskostnader som beaktas förblir oförändrat. Som boendekostnader godkänns nästa år 1,02–1,30 euro i månaden per kvadratmeter beroende på kommungruppen.

Beloppet för underhållskostnader höjs enligt förändringen i folkpensionsindex och det uppgår till 38,03 euro i månaden.

I september 2010 fick 46 999 personer bostadsbidrag för pensionstagare på basis av maximibeloppet för boendekostnaderna.

Pressmeddelande 390/2010

Beslut om arbetslöshetsförmån ska ges inom 30 dagar

Regeringen föreslår att beslut om arbetslöshetsförmån ska ges inom 30 dagar från det att ansökan inkommit.

Om ansökan är bristfällig eller om beslut inte kan ges inom den föreslagna tidsfristen ska man ge beslutet senast inom två veckor från det att den nödvändiga tilläggsinformationen har erhållits.

Avsikten med den nya bestämmelsen är att förkorta de längsta behandlingstiderna och definiera inom vilken tid en ansökan om en arbetslöshetsförmån ska behandlas. För tillfället finns det inga bestämmelser i lagen om utkomstskydd för arbetslösa som gäller tidsfristen för behandlingen.

Regeringens proposition basera sig på SATA-kommitténs förslag om en reform av den sociala tryggheten.

Regeringen fattade beslut om innehållet i lagförslaget torsdagen den 9 december och avsikten är att republikens president avlåter propositionen till riksdagen på fredag. Lagen avses träda i kraft i början av år 2011.

Pressmeddelande 379/2010

Bostadsstödet får en ökning som motsvarar hyreökningen och inkomstgränserna inflationsgranskas

Bostadsstödet ökas i förhållande till hyreökningen och inkomstgränserna inflationsgranskas. Det genomsnittliga bostadsstödet förväntas öka från 260 euro i slutet av år 2010 till 270 euro innan utgången av år 2011. Statsrådet gav en förordning den 2 december om bestämmelsegrunderna för bostadsstödet år 2011.

De maximala bostadskostnaderna höjs med 0,34 euro per kvadrat i månaden. Höjningen motsvarar den höjning som skett i stödmottagarnas hyror mellan oktober år 2009 och oktober år 2010. Förhöjningen av de maximala bostadsutgifterna ökar på det genomsnittliga bostadsstödet med cirka 5,5 euro i månaden.

En inflationsgranskning på 1,4% görs i inkomstgränserna, vilket bevarar stödets realnivå på samma som tidigare. Priset för uppvärmningen av bostäderna har inte ökat i den mån att det skulle orsaka granskningens behov för normerna för uppvärmningskostnaderna, så de bevaras på samma nivå som tidigare. De godtagbara vattenkostnaderna granskas så att de motsvarar förhöjningarna och de fastighetsmässiga normerna granskas så att de motsvarar den allmänna kostnadsutvecklingen.

I slutet av november i år fick 161 800 hushåll bostadsstöd. Enligt förhandsuppgifter mottar 164 000 hushåll stöd slutet av år 2010, detta är ca 2 300 mer än föregående år. Trots allt har antalet bidragsmottagare ökat år 2010 i mindre skala än föregående år. Antalet bidragsmottagare förväntas ytterligare öka år 2011 med cirka 7 000 i och med att antalet långtidsarbetslösa och de som övergår till arbetsmarknadsstöd ökar. 171 000 hushåll beräknas vara bidragsmottagare i slutet av år 2011.

Av bidragsmottagarna är cirka 63 procent arbetslösa hushåll, 9 procent studerandehushåll och cirka 30 procent förvärvsinkomsttagande hushåll. Av bidragsmottagarna är 57 procent ensamboende men av anslaget utbetalas över hälften åt barnfamiljer.

Behovet på anslag för bostadsstöd beräknas bli 573 miljoner euro år 2011. I år utbetalas stöd enligt uträkningar för ca 530 miljoner euro.

Pressmeddelande 364/2010

Möjlighet åt statsrådet att förplikta kommuner till att bilda samarbetsområden och tydliga kriterier för social- och hälsovårdens enhetlighet

Finansministeriet och social- och hälsovårdsministeriet informerar

Preciseringar till KSSR-ramlagen

Ramlagen som gäller en kommun- och servicestrukturreform ska preciseras i enlighet med KSSR-redogörelsen och de riktlinjer som riksdagen fastslagit. Det föreslås att statsrådet från och med början av 2013 skulle få rätt att förplikta kommuner att delta i ett samarbetsområde för social- och hälsovården ifall en kommun inte uppfyller ramlagens krav om en befolkningsbas på ca 20 000 invånare för ordnandet av social- och hälsovårdstjänsterna. Samarbetsförpliktelsen som gäller tjänster inom socialvården föreslås också bli preciserad. Kraven om en tillräcklig befolkningsbas föreslås gälla samtliga tjänster inom socialvården förutom dagvården av barn. Övergångsperioden för socialvårdens uppgifter föreslås vara till ingången av 2015.

Statsrådet ska behandla regeringspropositionen som gäller ärendet denna vecka. Lagändringarna avses träda i kraft genast efter att riksdagen antagit dem.

"Denna proposition ger ett bättre stöd åt kommunerna vid den fortsatta reformering av servicestrukturerna som förutsätts av riksdagens svar till KSSR-redogörelsen. Jag anser det vara viktigt att den konsekventa linje som anammats i KSSR-projektet bevaras även i fortsättningen. Kommunerna behöver arbetsro för att genomföra reformerna", konstaterar förvaltnings- och kommunminister Tapani Tölli.

Omsorgsminister Paula Risikko anser att den föreslagna lagstiftningsändringen förtydligar ordnandet av service på ett betydande sätt, när nu även social- och hälsovården utgör en helhet inom samarbetsområdena: "Enligt Institutet för hälsa och välfärds utvärdering som gavs ut förra veckan har enhetligheten

inom social- och hälsovården så gott som utan undantag setts som en eftersträvansvärd sak såväl ur kundperspektiv som med tanke på servicens funktion. Det är lättare för både kunderna och yrkespersonalen att uppfatta vem som svarar för servicen. På så sätt kan man minska bollandet av kunderna från en lucka till en annan och förbättra servicens kvalitet."

Ändringar i ramlagen och i socialvårdslagen

Lagen om en kommun- och servicestrukturreform föreslås bli ändrad så att den tillfogas bestämmelser om statsrådets behörighet att förplikta kommunerna till samarbete inom social- och hälsovården ifall de inte självmant skapat en i lagen förutsatt befolkningsbas, eller om kommunen inte överfört de i lagen avsedda uppgifterna åt samarbetsområdet.

Lagen ska dessutom ändras så att alla andra uppgifter inom socialvården förutom de om vilka det föreskrivs i lagen om barndagvård samt i lagen om stöd för hemvård och privat vård av barn ska överlämnas till samarbetsområdena. Kommunerna ska emellertid ha möjlighet att överföra även dessa tjänster till samarbetsområdena.

Det föreslås att kommunerna skulle förpliktas att fatta bindande beslut om uppfyllandet av den i ramlagen förutsatta befolkningsbasen på ungefär 20 000 invånare före utgången av augusti 2011. Beslutet om uppgifter inom socialvården som ska överföras till samarbetsområdet, samt om när dessa uppgifter ska flyttas, ska enligt förslaget fattas inom samma tidtabell.

Statsrådet ska sedan besluta om att förplikta kommunerna till samarbete före slutet av juni 2012, och göra en bedömning av eventuella undantag i fråga om befolkningsbasen samt grunderna för dem. Det föreslås att statsrådet ska kunna bevilja undantag från kravet på en tillräcklig befolkningsbas ifall kommunens åtgärder kan anses vara tillräckliga med hänsyn till de lokala omständigheterna. Grunden till undantag ska tolkas i enlighet med kriterier som bildats på basis av tidigare praxis. Kommuner och områden som redan tidigare beviljats undantag ska i princip även anses uppfylla förutsättningarna i den nya lagen. Samarbetsområdena ska enligt förslaget inleda sin verksamhet vid ingången av 2013.

Socialvårdsuppgifterna ska enligt förslaget flyttas till samarbetsområdena före ingången av 2015. Statsrådet föreslås få behörighet att bevilja kommunen undantag från överföring av socialvårdsuppgifter, ifall man inom området bereder kommunfusioner som från och med den 1 januari 2017 uppfyller ramlagens krav eller ämnar arrangera uppgifterna inom social- och hälsovården till större helheter än som krävs av beslut som följer ramlagen. Det föreslås att bestämmelser om detta förfarande ska fogas till lagen om socialvård.

En del av kommunerna saknar beslut om en tillräcklig befolkningsbas

De föreslagna ändringarna baserar sig på riksdagens svar i juni till regeringens redogörelse om en kommun- och servicestrukturreform. Även om KSSR har påskyndat ändringen av kommunstrukturen saknar 46 kommuner fortfarande beslut om en tillräcklig befolkningsbas för ordnandet av service. En del av dessa kommuner utreder som bäst grundande av samarbetsområden.

Kommunerna har också flyttat socialvårdstjänster till samarbetsområdena på olika sätt. Tjänsterna inom social- och hälsovården har inom flera områden fördelats mellan två förvaltningsområden och obrutenheten mellan tjänsterna hotas. Förutom primärvården har uppgifterna inom socialvården överförts till samarbetsområdena inom 8 samarbetsområden, och inom 21 samarbetsområden med undantag av dagvården. Enskilda uppgifter inom socialvården har flyttats inom 17 områden och inom 2 områden har ingen av de nämnda uppgifterna överförts. Situationen är fortfarande oklar för de kommuners del som inte fattat något slutligt beslut om grundande av ett samarbetsområde.

Målet med lagändringarna är att garantera förverkligandet av det befolkningskrav för social- och hälsovårdsuppgifterna som fastslagits i lagen i de kommuner som inte kan uppfylla kravet genom egna beslut. Ett annat mål är att se till att det i alla delar av landet finns en tillräckligt kraftig strukturell och ekonomisk bas för ordnandet av tjänster som kommunen svarar för. Målsättningen är också att social- och hälsovårdsservicen inom de samarbetsområden som skapas med stöd av ramlagen skulle utgöra en funktionell helhet, och att uppgiftshelheten inom socialvården inte skulle splittras ur serviceperspektiv på ett omotiverat sätt så att tjänsterna skulle ordnas på två administrativa nivåer, dvs. i kommunerna och inom samarbetsområdena.

Bakgrunden till KSSR

Kommun- och servicestrukturreformen inleddes 2005. Lagen som gäller reformen (169/2007) trädde i kraft i februari 2007 och den gäller ända tills slutet av 2012. Målet med lagen är att skapa en livskraftig och funktionsduglig samt enhetlig kommunstruktur. Dessutom är målet att i hela landet säkerställa service av hög kvalitet som är tillgänglig för invånarna.

Enligt ramlagen ska det finnas åtminstone ungefär 20 000 invånare i en kommun eller inom ett samarbetsområde som sköter primärvården och sådana uppgifter inom socialväsendet som är nära anslutna till primärvården. Reformen har lett till betydande förändringar i kommunstrukturen och sammanlagt 260 kommuner har grundat eller planerar att grunda samarbetsområden.

Pressmeddelande 344/2010

Ersättningen för medling vid brott och tvister ändras

Grunderna för ersättning till tillhandahållare av medlingstjänster vid brott och tvister revideras. Samtidigt bestäms om kostnadsersättning som betalas medlaren. Regeringen föreslog att lagen ska fastställas torsdagen den 11 november. Avsikten är att republikens president fastställer lagen på fredagen.

I fortsättningen ska den ersättning som i förskott har delats ut till tjänsteleverantörerna för att ordna medlingsverksamhet fördelas utifrån de faktiska kostnaderna. Den del av ersättningen som inte har använts ska återbetalas till regionförvaltningsverken. Dessa kan fördela anslaget på nytt mellan tjänsteleverantörerna inom verkens eget verksamhetsområde. Social- och hälsovårdsministeriet kan enligt förslaget ändra på ett beslut om anslagsfördelningen och överföra anslag mellan regionförvaltningsverkens verksamhetsområden enligt behov.

I lagen ingår också bestämmelser om kostnadsersättning till medlarna. Medlarna ska betalas en grundersättning som täcker kostnaderna för medlingen. Grundersättningen kan kompletteras enligt prövning.

Det anslag som nationellt har reserverats för medlingsverksamhet slås fast i statsbudgeten. Summan fördelas mellan regionförvaltningsverken enligt invånarantal i regionförvaltningsverkets verksamhetsområde samt områdets areal och brottsligheten.

Lagen träder i kraft den 1 januari 2011.

Pressmeddelande 265/2010

Goda resultat via Kaste-programmet

"Goda resultat av det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste) börjar redan märkas," sade social- och hälsovårdsdirektör Tuomo Meriläinen vid höstseminariet för Kaste-programmet i Östra och Mellersta Finland den 21 september. Seminariet hålls i Kuopio.

Man håller på att uppnå betydande resultat i servicen för barn, unga och familjer med hjälp av Kaste-programmet. Enligt de första iakttagelserna på riksnivå har samarbetet över sektorgränserna och det tidiga stödet för barn minskat behovet av tunga barnskyddsåtgärder på de orter där projektet pågår. Därtill har anställda märkt att antalet remisser från den specialiserade sjukvården har minskat i takt med att man bidragit med specialkunnskap för att stödja barns, ungas och familjers vardag i hemmet, dagvården, skolan och primärvården.

"En nyckelfråga i lagen om hälso- och sjukvård, som är under riksdagsbehandling, är att stärka primärvården med hjälp av tjänster inom den specialiserade sjukvården. Det gläder mig verkligen att man redan fått goda erfarenheter av sådan verksamhet inom Kaste-programmet," kommenterade omsorgsminister Paula Risikko som vid evenemanget talade om Kaste-programmets effekt.

Nya verksamhetsmodeller har också införts inom äldre servicen i Östra och Mellersta Finland. Servicestrukturreformen påskyndas genom att i synnerhet öka mångsidiga tjänster som faller mellan hem- och institutionsvård, såsom familjevård.

Det interkommunala samarbetet för att reformera social- och hälsovårdsservicen har intensifierats avsevärt under Kaste-programmet. Mycket olika kommuner har kommunicerat med varandra.

"Det finns stora skillnader i kvaliteten och tillgången på service samt i aktiviteten när det gäller att utveckla servicen i Östra och Mellersta Finland. En särskild utmaning har varit samarbetet över sektorgränserna. Kaste-programmet har skapat en regional utvecklingsstruktur med hjälp av de regionala ledningsgrupperna och planerna. På detta sätt har man kunnat engagera kommuner av alla storlekar i reformarbetet", betonar social- och hälsovårdsdirektör Meriläinen. Meriläinen hoppas att denna regionala struktur bevaras även i framtiden.

"Just sådant stöd och samarbete mellan kommuner av olika storlek eftersträvas också med det försök till regionalt ordnande av social- och hälsovården som nu inletts", konstaterade minister Risikko.

Nästa steg i Östra och Mellersta Finlands område är att man fäster uppmärksamhet vid situationen för långtidsarbetslösa människor och människor med missbruksproblem eller psykiska problem. Det behövs mer samarbete mellan social- och hälsovården och Arbetskraftsförvaltningen för att förbättra situationen.

Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (Kaste) definierar de allmänna utvecklingsmålen för social- och hälsovården och åtgärderna för att nå dem för åren 2008-2011. Det huvudsakliga målet för Kaste-programmet är att öka människornas delaktighet, hälsa och välbefinnande, att minska social utslagning och förbättra kvaliteten och tillgången på service och dess effektivitet samt att minska regionala skillnader. Kommunerna och samkommunerna kan årligen få statsunderstöd för utvecklingsprogram inom social- och hälsovården.

Pressmeddelande 233/2010

Handikappades ställning förbättras med konkreta åtgärder

Det handikappolitiska programmet har färdigställts. Programmet innehåller 122 konkreta åtgärder, som ska öka de funktionshindrades delaktighet, avvärja fattigdom samt öka hela samhällets tillgänglighet. Programmet stakar ut riktningen för handikappolitiken de närmaste åren samt styr ratificeringen i Finland av FN:s konvention om funktionshindrades rättigheter.

Styrgruppen för beredningen av det handikappolitiska programmet överräckte torsdagen den 26 augusti sitt alster till omsorgsminister **Paula Risikko**. Minister Risikko tackade alla som deltagit i beredningsarbetet för ett gott arbete. "I detta program utgörs navet av den funktionshindrade människans liv som helhet, till vilket hör såväl studier, arbete, inkomst, familjeliv som boende", konstaterade minister Risikko.

I programmet presenteras mycket olika åtgärder inom olika förvaltningsområden. Frågåendet av termen handikappad som upplevts som kränkande, förverkligandet av 112-nödservicen som textmeddelandetjänst, startandet av ett handikappforskningsprogram och säkerställandet av tillgängligheten på röstningsställen är alla exempel på konkreta åtgärder. I programmet ingår också flera lagändringsförslag, såsom att stärka självbestämmanderätten för klienterna inom social- och hälsovården.

De senaste åren har man övergått från det tidigare tänkesättet inom handikappolitiken som dominerades av vård och omsorg till ett människo- och grundrättighetstänkande. Ändringen av detta tankesätt framhävs i det nu offentliggjorda handikappolitiska programmet. "Jag anser att speciellt beredningsprocessen för det handikappolitiska programmet varit bra som befast ett nytt gemensamt arbetssätt. Beredningen byggde på att man lyssnade på de funktionshindrade och på en öppen dialog mellan olika förvaltningsområden, handikapp- och arbetsmarknadsorganisationer. Under beredningen av programmet ordnades flera regionala remisstillsfällen," berättade minister Risikko.

Ansvar för handikappolitiken är gemensamt

Inom alla förvaltningsområden genomförs alltid handikappolitik - bra eller dålig. En god handikappolitik förutsätter, att aktörerna är medvetna om den egna verksamhetens inverkan på de funktionshindrades liv. Inom det handikappolitiska programmet siktar man in sig på att tänkesättet ska ändras på detta sätt och på en integrering av handikappsynvinkeln.

Största delen av de i det handikappolitiska programmet föreslagna åtgärderna kräver inte någon tilläggsfinansiering för att genomföras utan en ändring av inställningar. Ansvar för handikappolitiken är

gemensamt. "Negativa inställningar till handikapp finns det tyvärr fortfarande mycket av, och de är ofta det största hindret för de funktionshindrades jämlikhet," påpekade minister Risikko.

I programmet har man definierat ansvarsinstanser för de föreslagna åtgärderna, en tidtabell och att uppföljning ska genomföras. Staten är i sista hand ansvarig för handikappolitiken, men kommunerna har en mycket betydande roll då det gäller genomförande av åtgärderna. I social- och hälsovårdsministeriet inleds nu verkställandet av det handikappolitiska programmet. "Nu har man i ett paket samlat en motiverad uppfattning om vad man bör göra inom den finländska handikappolitiken, vem som ska göra det och hur man ska följa upp fortskridandet. Nu är det dags att agera," konstaterade minister Risikko.

Beredningen av ett handikappolitiskt program fanns uppsatt som mål i den handikappolitiska redogörelse som gavs av regeringen Vanhanen I år 2006. I samband med behandlingen av redogörelsen förut-satte riksdagen, att regeringen snabbt börjar bereda ett omfattande handikappolitiskt program. Samma år undertecknade Finland FN:s konvention om funktionshindrades rättigheter.

Några pressmeddelanden från THL

THL delade ut tre TERVE-SOS-pris till innovativ service inom social- och hälsovården 19.5.2011

Institutet för hälsa och välfärd har delat ut TERVE-SOS-prisen år 2011 till webbtjänsten Mielenterveystalo vid Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt (HNS), Hjärtförbundets program för öppen rehabilitering och Helsingfors stads hälsovårdstjänster för bostadslösa. Denna gång betonade bedömningen temat för TERVE-SOS-evenemanget, dvs. ”Service på nätet – skyddsnätet i servicen”.

Mielenterveystalo är en portal för servicestyrning och information inom psykiatri och mentalvårdstjänsterna och utvecklades för två år sedan som en del av webbtjänsterna vid HNS. Webbtjänsten har en del som är öppen för alla och som ger information och rådgivning om psykiska problem och mentalvårdstjänster. Det finns till exempel en navigator som utgående från symtomen styr användaren till rätt tjänster. Dessutom har webbtjänsten slutna tjänster som anknyter till vården, såsom diskussionsgrupper. Webbtjänsten stödjer de nuvarande vårdprocesserna, men bidrar också till att patientgrupper som tidigare funnits långt borta från tjänsterna får tillgång till tjänsterna. Webbtjänsten är också en informationskälla för experter. Projektet startade inom Hyvinge sjukvårdsområde och har utvidgats till Vanda, Kervo, Esbo, Kyrklätt och Grankulla. Det finns också planer på att snart inleda verksamhet i Päijänne-Tavastland.

Enligt juryn tar tjänsten på ett innovativt sätt in hälsovårdstjänsterna i webbmiljön. Webbtjänsten kan användas av såväl medborgare och personer som får vård som också av yrkespersonal. Klientfeedback visar att tjänsten är just vad användarna behöver. Klienten kan själv lätt hitta högklassig information och rådgivning om servicen, vilket minskar onödig oklarhet, köande och risken för att gå vilse i servicejungeln.

Programmet för öppen rehabilitering **Tulppa** vid Finlands Hjärtförbund har som mål att göra rehabiliteringen för personer med artärsjukdomar till en fungerande del av vårdkedjan och att utöka rehabiliteringen. Grupperna med öppen rehabilitering träffas varje vecka under handledning av en sjukskötare eller hälsovårdare och en fysioterapeut. Dessutom ordnas kontroller för grupperna efter ett halvt år och efter ett år. En grupp består av i genomsnitt 10 personer som får rehabilitering. Öppen rehabilitering innehåller information om artärsjukdomarnas riskfaktorer, egenvård och läkemedelsbehandling, kost och nutrition, motion och idrott, faktorer som påverkar humöret, behandling av smärta, observation av symptom och nödsituationer. Vid genomförandet tillämpas funktionella metoder och självstyrande grupper. Programmet genomförs inom sju sjukvårdsdistrikt.

Tulppa är en ny modell för rehabilitering i grupp där professionell kunskap och erfarenheter av patienter i samma situation kanaliseras som stöd för en viktig målgrupp. Också webbtillämpningar används vid utbildningen av handledare. Juryn berömde projektet för att vara ett gott exempel på sådan service som organiseras av en organisation och som på ett bra sätt införlivas i den kommunala hälso- och sjukvården. Enligt utvärderingar har verksamheten varit effektiv och rehabiliteringen har lett till goda resultat. Att verksamheten förankrats som en del av hälsovårdscentralernas basverksamhet efter det att projektet slutförts visar dessutom att modellen iakttar principen för hållbar utveckling.

Utgångspunkten i projektet **Terve Asunnoton** som gäller bostadslösa är att erbjuda ett skyddsnät för dem som på grund av en svår livssituation inte kan söka sig till den vård de behöver. Projektet genomförs i samarbete mellan hälsostationerna i centrum vid Helsingfors hälsovårdscentral och Sanduddsgatans servicecentral som hör till socialverket. Uppsökarenheten strävar efter att hitta sådana bostadslösa som är missbrukare eller psykiskt sjuka och som står utanför servicesystemet, till exempel vid olika hem, och att hjälpa dem att komma till servicen. Bostadslösa nattgäster erbjuds hälsovårdstjänster både vid problem som kräver vård av jourkaraktär och för utredning av långvariga sjukdomar. Dessutom kan den sociala tryggheten för en bostadslös klient klarläggas tillsammans med den lokala socialarbetaren. Projektets läkare deltar efter behov i bedömningen av vårdbehovet och utformningen av utlåtanden. Vid behov ordnas också fortsatt vård.

Juryn konstaterar att långvarig bostadslöshet är förknippad med många slags problem och svårigheter som anknyter till livshantering. Därför behöver bostadslösa individuella tjänster med låg tröskel.

Projektet Terve Asunnoton öppnar för nya former av verksamhet och samarbete både inom hälso- och sjukvårdssystemet och mellan hälso- och sjukvården och socialvården. Nätverksbildningen sker genom ett naturligt klientsamarbete. Uppsökande hälso- och sjukvård kan ingripa vid sjukdomar hos personer med mångfasetterade problem innan de kräver radikala och dyra fortsatta åtgärder, såsom amputation.

TERVE-SOS-priset delas ut av Institutet för hälsa och välfärd till ett särskilt lyckat, förebildligt eller nationellt betydelsefullt och innovativt forsknings-, utvecklings- eller pilotprojekt inom social-, hälso- och sjukvården. I år inkom sammanlagt 18 förslag till pristagare och förslagen bedömdes av en jury bestående av experter vid THL: Pekka Karjalainen, Vappu Karjalainen, Matti Mäkelä, Marja-Leena Perälä, Lauri Vuorenkoski, Hannu Hämäläinen och Ritva Salmi. Mielenterveystalo tilldelades ett pris på 3 000 euro, och projektet Tulppa och projektet Terve Asunnoton tilldelades var sitt pris på 1 500 euro. Sedan 1990 har årligen 1–5 pris delats ut och eventuellt också 1–3 diplom. Prisen delades ut vid TERVE-SOS-evenemanget i Esbo den 19 maj 2011.

Trots utveckling har äldre fortfarande en svag ställning vid konkurrensutsättningen av service

18.5.2011

Konkurrensutsättningen av boendeservice för äldre har utvecklats under de senaste åren. Vårdkvaliteten betonas allt mer och strävan är att vårda klienten så länge som möjligt på en och samma vårdplats. Trots det har klientens ställning och påverkningsmöjligheter ändå inte utvecklats och klientens tillstånd beaktas inte heller vid konkurrensutsättningen. Detta framgår av en studie som utrett den privata och den kommunala serviceproduktionen.

I dagens konkurrensförfaranden har klienten inte möjlighet att påverka valet av vårdplats eller serviceproducent. Det är tillhandahållaren av servicen, dvs. kommunen, som väljer. En förbättring av klientens påverkningsmöjligheter kräver en förändring av det sätt på vilket konkurrensutsättningen genomförs. Inte heller klientens tillstånd beaktas. Även om det kan förekomma skillnader på tiotals procent i vårdbehovet, beräknas vårderna för samtliga klienter uppgå till samma pris.

I de senaste, om än sällsynta, konkurrensutsättningarna har man tillämpat en slags omvänd konkurrensutsättning där man endast konkurrerar utgående från kvaliteten. Priset på vårderna fastställs på förhand. I fortsättningen bör denna form av konkurrensutsättning utvecklas så att klientens vårdbehov avgör priset – inte indelningen av vårdplatser i ålderdomshem eller serviceboende. En god vårdkvalitet skulle kunna ge tillägsarvoden.

Konkurrensutsättningarna av boendeservice för äldre förändrades tydligt i slutet av årtiondet jämfört med början av 2000-talet. Vid konkurrensutsättningarna betonades vårdkvaliteten allt mer, till och med som ett uttalat mål. I de undersökta konkurrensutsättningarna av boendeservice för äldre år 2007 och 2008 övergick man till att använda absoluta kvalitetskriterier. Därför var serviceproducenten tvungen att uppfylla dessa kvalitetskriterier för att kunna delta i anbudsförfarandet. Vid tidigare konkurrensutsättningar gjordes poängsättningar och priset och kvaliteten gavs en viss vikt. Priset gavs i allmänhet största vikt, och kvalitetens låga viktning kritiserades. Genomen nya förfaranden har man kunnat styra kvaliteten bättre än tidigare. Även om kvaliteten kan styras allt bättre vid konkurrensutsättningarna, är det svårt att ingripa vid problem i den faktiska kvaliteten.

I jämförelsen mellan privata och kommunala serviceproducenter hade de privata serviceproducenterna mer personal per klient än den kommunala servicen. Det förekom inte heller problem med den faktiska vårdkvaliteten inom den privata servicen. Samtidigt var dock kostnaderna höga för den privata vården. Kostnaderna förklarades av personalstyrkan och enheternas storlek. Till kostnaderna bidrar sannolikt också det faktum att man försöker vårda klienten så länge som möjligt på en och samma vårdplats. Då klienternas tillstånd mycket sannolikt kommer att försämrats, måste serviceproducenten också prissätta denna risk i långa avtal.

Resultatet framgår av KILPA-projektet (2007–2011) som genomförs i samarbete mellan Institutet för hälsa och välfärd (THL) och Löntagarnas forskningsinstitut. Projektet har utrett de kommunala beställarnas och de privata serviceproducenternas erfarenheter av konkurrensutsättning, analyserat handlingar i

anslutning till konkurrensutsättning och jämfört den privata och den kommunala serviceproduktionen. Inom projektet intervjuades 32 representanter för beställare och utförare och gjordes en jämförelse mellan serviceboende som tillhandahålls av kommuner, företag och icke vinstdrivande organisationer (organisationer eller stiftelser). Uppgifter om kostnader och arbetshälsa fanns att få från 134 enheter för serviceboende och 45 ålderdomshemsenheter. Uppgifterna om klientstrukturen, den professionella vårdkvaliteten och vårdens resultat bygger på RAI-bedömningar som sammanställts vid sammanlagt 618 avdelningar.

Risken för spelproblem bland unga kräver kunskap, stöd och vaksamhet av fostrarna 18.5.2011

Åldersgränsen för penningspel ändras, och fostrarna oroar sig över den tid som går åt till digitala spel på mobiltelefoner, datorer och konsoler. Det nyutkomna materialet Nuoret pelissä uppmuntrar vuxna att intressera sig för de ungas spelande.

Materialet publiceras nära den tidpunkt då åldersgränsen för penningspel ändras. I och med en ändring av lotterilagen kommer de åldersgränser som allmänt iakttas på andra håll i Europa att införas också i Finland. Från och med juli 2011 är alla slags penningspel förbjudna för personer under 18 år. Fram till dess sker en gradvis övergång till den nya åldersgränsen också vid penningautomaterna. Genom en ändring av åldersgränsen kan minderåriga bättre skyddas mot skador som orsakas av penningspel. "Ändringen av åldersgränsen är mycket betydelsefull. Det har varit vanligt med spel om pengar bland minderåriga i Finland. Enbart en lagändring förändrar dock inte situationen helt, utan vi behöver också en attitydförändring gentemot spel om pengar", konstaterar **Saini Mustalampi**, utvecklingschef vid THL. Det är viktigt att framför allt fostrare är medvetna om hur spelvärlden påverkar minderåriga, säger Saini Mustalampi och hänvisar till det stödmaterial som utarbetats i samarbete med projektet Pelitaito vid föreningen Livet Är Det Bästa Ruset rf.

Många fostrare är oroade över att barn och unga spelar allt mer digitala spel, att det går mycket tid åt till spelandet och att spelen har ett skadligt innehåll. Överdrivet spelande är förknippat med många nackdelar som man bör vara medveten om och som kan undvikas. Sådana är till exempel nackdelar i anslutning till användning av tid och pengar, sociala relationer och allmän livshantering.

Det nya materialet stödjer vuxna i ungdomarnas spelvärld

På mässan TERVE-SOS 2011 finns möjlighet att ta del av stödmaterialen Nuoret pelissä vid THL:s avdelning nummer 5 och vid avdelningen Pelihaitat 7.5 som är gemensam för olika aktörer och där en expert finns på plats under hela mässan. Materialet innehåller information om spelandets effekter. Det hjälper föräldrar och yrkespersonal att förstå spelvärlden och dess risker och ger fostrare färdigheter att identifiera och ingripa vid överdrivet spelande och problemspelande. Materialet innehåller information om stöd och behandling som anknyter till spelande. Sådana tjänster erbjuds tills vidare endast i relativt liten omfattning i Finland. Det krävs fortfarande mycket arbete för att utveckla förebyggandet och behandlingen av spelrelaterade problem hos minderåriga. Kommunerna har ansvaret för servicen.

En webbplats som behandlar ämnet öppnas i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet och inrikesministeriet på adressen www.nuoretpelissa.fi. Under hösten publicerar THL och samarbetspartnerna på sina webbplatser också en diapresentation som kan användas vid skolornas föräldramöten eller andra evenemang för fostrare.

Webbenkät: Möjligt att undanröja fattigdom – svagt förtroende för aktörerna 21.12.2010

Enligt det preliminära resultatet av enkäten om fattigdom som genomförts under temaåret Stoppa fattigdomen! har de nuvarande och blivande yrkespersonerna inom social- och hälsovården ett klart mindre förtroende för tjänsteinnehavarna inom regional- och lokalförvaltningen, Finlands regering och Europeiska unionen i kampen mot fattigdom än vad finländarna i genomsnitt har enligt Eurobarometern.

Undersökningen bygger på Eurobarometerenkäten där 1 008 finländare intervjuades under sensomarmaren 2009 och en webropol-enkät som år 2010 besvarades av 972 nuvarande och blivande yrkespersoner inom social- och hälsovården och en mängd andra nyckelgrupper inom fattigdom och social utestängning. Svaren ger upphov till en väldigt likadan **tudlad bild av fattigdomens utbredning i Finland**: samtidigt som mer än hälften anser att fattigdom är ganska vanligt, anser drygt 40 procent att det inte är så.

Skillnaderna framträdde i svaren på frågorna om fattigdomens utbredning på den egna bostadsorten. I Europabarometern konstaterade 65 procent av finländarna att fattigdom i praktiken inte förekommer på deras bostadsort, medan endast 5 procent var av denna åsikt bland nyckelgrupperna. **I nyckelgrupperna ansåg sammanlagt 88 procent att det finns en del eller många fattiga på deras bostadsort**, medan 30 procent av medborgarna i Europabarometern hade denna uppfattning.

Lågt förtroende för aktörerna i kampen mot fattigdomen

Vid frågor beträffande förtroendet för vissa organ eller misstroende mot deras åtgärder i kampen mot fattigdom, visar svaren att **förtroendet blir allt svagare, ju längre bort från människans vardagsmiljö man går**: minst är förtroendet för Europeiska unionen och störst är förtroendet för medborgarna själva. I Eurobarometerns medborgarenkät har tre gånger fler av de tillfrågade förtroende för EU än i enkäten till nyckelgrupperna. I nyckelgrupperna litar endast en fjärdedel på Finlands regering, medan motsvarande andel i Eurobarometern utgör drygt hälften.

Endast 35 procent av de tillfrågade i nyckelgrupperna känner förtroende för de regionala/lokala myndigheterna (Eurobarometern 67 %), bland de anställda inom hälsovården har endast 26 procent förtroende för regional- och lokalförvaltningen. Även om man vill överföra ett allt större ansvar för bekämpningen av fattigdom och sjukdom på medborgarna själva, tror yrkespersonalen inte speciellt mycket på betydelsen av medborgarnas egna åtgärder. Medan 68 procent av de tillfrågade i Eurobarometern sätter sin tillit till medborgarna i kampen mot fattigdom, är motsvarande andel av de tillfrågade i nyckelgrupperna endast 46 procent och bland hälso- och sjukvårdspersonalen endast 38 procent.

Bekämpningen av fattigdomsproblem är en stor politisk utmaning

	Temaårets enkät	Eurobarometern
Fattigdomen är ett problem som regeringen snabbt måste åtgärda		
Av samma åsikt	91%	88%
Av annan åsikt	7%	12%
Fattigdomen kommer att försvinna i och med den ekonomiska tillväxten		
Av samma åsikt	4%	22%
Av annan åsikt	92%	77%
Det kommer alltid att finnas fattigdom		
Av samma åsikt	8%	27%
Av annan åsikt	89%	72%

En stor majoritet av finländarna anser att regeringen har en vägande och brådskande skyldighet att **bekämpa fattigdomsproblemet**. Resultatet framträder mycket kraftigt och entydigt i bägge enkäterna. Skillnader i enkätsvaren framträder när det gäller att ta ställning till en uppfattning som är relativt utbredd speciellt inom den ekonomiska politiken: I Eurobarometern hade 22 procent av finländarna den uppfattningen att fattigdomen försvinner automatiskt när det sker en ekonomisk tillväxt i landet, men i temaårets enkät var motsvarande andel endast 4 procent. De praktiska erfarenheterna tyder uppenbart på en helt annan utveckling. Antagandet om att det inte finns någon mening i att bekämpa fattigdom, eftersom den alltid kommer att finnas fick ett betydligt mindre understöd bland nyckelgrupperna än bland finländarna

i genomsnitt (8 %/27 %), vilket tyder på att de tillfrågade i nyckelgrupperna ändå inte mist sin tro på någonting bättre.

Kommunalt serviceboende förmånligare än privat

1.12.2010

Enligt en färsk rapport av THL och Löntagarnas forskningsinstitut kan ingen klar rangordning lyftas fram beträffande kvaliteten mellan privat och offentligt serviceboende, trots kostnadsskillnaderna. Resultatet avviker från tidigare internationella forskningsresultat.

Enligt specialforskare **Timo Sinervo** (THL) är det centrala i den nyutkomna rapporten att den ger evidensbaserad kunskap om ett väldigt omtvistat ämne. Ämnet har aldrig tidigare undersökts i denna omfattning i Finland. Kostnaderna, kvaliteten och personalen inom serviceboende för äldre jämfördes mellan service som produceras av kommuner, företag och icke-vinstdrivande organisationer.

Kommunal service förmånligt tack vare personalkostnaderna

Resultatet visar att kommunalt serviceboende är det förmånligaste alternativet. Serviceboende som produceras av företag och organisationer är klart dyrare än det kommunala serviceboendet. Den kommunala serviceproduktionen visade sig vara förmånligare närmast för att den har en mindre personaldimensionering. Utgående från undersökningen kan också konstateras att kostnaderna för äldre servicen inte bör granskas avskilt från klienternas tillstånd. Också med beaktande av klienternas tillstånd är kommunalt serviceboende det förmånligaste alternativet.

Vinst görs inte på bekostnad av kvaliteten

Det förekommer små skillnader i vårdkvaliteten, men ingen klar rangordning har kunnat fastställas. En del av skillnaderna förklaras av klientstrukturen. De kommunala enheterna har en mer varierande klientstruktur och en större andel klienter med kliniska problem. Trots det förmånliga priset är kvaliteten på den kommunala servicen inte sämre än den övriga servicen. ”Man kan inte heller påstå att det finns mer kvalitetsproblem inom den service som produceras av privata eller av organisationer, utan snarare tvärtom. Detta beror på att personalstyrkan beaktas som ett kriterium vid konkurrensutsättningen”, fastställer Sinervo.

”Den nya undersökningen är mycket betydelsefull. Den ifrågasätter förhandsföreställningarna och ger evidensbaserad kunskap för beslutsfattandet. Offentlig och privat serviceproduktion kan inte ställas mot varandra. Man måste alltid från fall till fall bedöma vilket alternativ som lämpar sig bäst för klienterna i den aktuella situationen”, sammanfattar avdelningsdirektör **Markku Pekurinen** vid THL.

Personalen nöjd framför allt vid organisationerna

Utgående från tidigare resultat har man antagit att belastningen är större för personalen vid företag, men att man är nöjdare med ledningen där. De aktuella resultaten visar nästan det motsatta. Vid kommunala enheter är man nöjdare med ledningen än vid andra enheter, ledningen anses vara rättvisare och arbetet motiverande. Likaså ligger kontrollen över arbetet och användningen av den egna förmågan på en god nivå. Alla dessa faktorer förutom belastningen fick bästa betyg inom organisationerna. Vid företagen är personalens belastning låg, men å andra sidan betygsätts ledningen, självständigheten i arbetet och fungerande arbete i grupp ganska lågt.

Undersökningsmaterialet för KILPA-projektet har samlats in vid 134 enheter för serviceboende med heldygnssorg inom kommuner, företag och organisationer under år 2007 och 2008.

När demokrati, frivilligarbete och engagemang belönades under temaåret Stoppa fattigdomen! 30.11.2010

Samhällsengagemanget i Uleåborgs stad valdes till bästa praxis för bekämpning av fattigdom och utslagning under temaåret. På delad andra plats kom det mobila kaféet Laguuni som drivs av föreningen Vailla vakinaista asuntoa ry och julevenemanget som arrangeras av föreningen Waihtoecho i Nådendal. Projektet belönades med sammanlagt 5 000 euro tisdagen den 30 november vid evenemanget Unelmat käytännön som arrangerades i Helsingfors.

En tävling utlystes för att hitta bra verksamhetsmodeller, och mer än 50 projekt inom organisationer, föreningar, kommuner och församlingar deltog. Avsikten var att sprida kännedom om befintlig praxis och praxis under utveckling som på ett konkret sätt främjar delaktighet och omtanke.

Hela staden deltar i Uleåborg

I Uleåborg ingår utvecklingen av när demokratin på många sätt i stadens grundläggande verksamhet. Med hjälp av modellen kan invånarna i så stor utsträckning som möjligt delta i utvecklingen av servicen och miljön inom det egna området. I de områdesvisa samarbetsgrupperna deltar invånare, organisationer, kommunens tjänster, polisen, församlingen och privata serviceproducenter. I grupperna och vid de årliga mötena kan var och en komma med initiativ och påverka stadens planer redan i beredningsskedet.

I de olika områdena finns invånarstugor som är avsedda att vara ett slags gemensamma vardagsrum. Där kan man läsa tidningar, använda dator eller delta i stimulerande verksamhet och hobbyverksamhet. Även tjänster erbjuds till rimligt pris, allt från hemhjälp till datorhjälp. För den praktiska verksamheten vid stugorna ansvarar boendeföreningar med stöd av staden. År 2010 använder Uleåborg cirka 800 000 euro för verksamheten.

Det mobila kaféet Laguuni som en fast punkt i livet

Laguuni är en buss som gjorts om till grillcafé och som ger möjlighet till avlönat arbete eller oavlönat frivilligarbete. Dessutom erbjuder Laguuni information och stöd av personer i samma situation och strävar efter att fästa uppmärksamhet vid situationen för människor som har det dåligt ställt. Organisationen bakom projektet är Vailla vakinaista asuntoa ry. För verksamheten ansvarar människor som har det svårt själva. I år har bussen byggts om till café, men den har hunnit cirkulera också vid många olika slags evenemang, allt från midsommarfester i fängelset till rallytävlingar och från riksdagshuset till evenemang för bostadslösa.

I Nådendal skapas julstämningen tillsammans

Tullin joulu i Nådendal är avsedd för människor som vill uppleva julstämning, men som inte har möjlighet att ordna jul hemma. Evenemanget pågår i flera dagar och samordnas av Waihtoecho ry som är en förening för stöd vid missbruksproblem i Nådendalsregionen. Även församlingen och staden deltar. En stor del av arrangörerna och festdeltagarna är ensamma, mindre bemedlade, personer med missbruksproblem eller psykiska problem och barnfamiljer med låga inkomster. Det handlar ändå inte om en fest uttryckligen för fattiga, utan alla stadsbor inbjuds att delta, allt från privatpersoner till organisationer och företag. Julförberedelser görs huvudsakligen med frivilliga krafter och det finns mycket att göra under hela hösten. Också alla tillbehör skaffas i första hand genom donationer.

Centret för hälsofrämjande rf (Tekry) är arrangör för tävlingen och har sammanställt en broschyr om de tolv bästa tävlingsbidragen för god praxis. Broschyren "Osallisuus kiinnittää elämään" finns på webbplatsen för Stoppa fattigdomen och webbplatsen för Centret för hälsofrämjande och får användas och spridas vidare.

Institutet för hälsa och välfärd (THL) ansvarar för samordningen av temaåret i Finland i samarbete med Socialpolitiska föreningen, Centret för hälsofrämjande, nätverket Vem lyssnar på den fattige?, Centralförbundet för Socialskydd och Hälsa och EAPN-Fin.

SHM och THL meddelar: Kaste-projekten som gäller barn överskrider servicesystemets gränser

5.10.2010

Med hjälp av Kaste-projekt har tjänster för barn, unga och familjer producerats och etablerats över de traditionella gränserna. ”På basnivå sammanförs tjänster som stödjer barnets utveckling och förebygger och korregerar problem över de nuvarande sektorgränserna, såsom gränsen mellan hälso- social-, ungdoms- och bildningsväsendet”, berättade omsorgsminister **Paula Risikko** på tisdagen vid ett seminarium om Kaste-programmet i Helsingfors. ”Målet är också att luckra upp institutionstänkandet och göra tjänsterna till en del av vardagsmiljön.”

Enligt minister Risikko måste sådan samordning som tillämpats inom Kaste-programmet på tjänster för barn, unga och familjer åstadkommas också på nationell nivå och mellan ministerierna.

Sex olika projekt på olika håll i landet lyftes fram vid seminariet. Tarinaviikot i Jyväskylä, Hyvinvointineuvola i Tavastehus, Rajan lapset i Södra Karelen, Mielenterveysambulanssi i Egentliga Finland, Exit-tiimi i Uleåborg och På egna ben i Lojo är projekt som inom sitt område har utvecklat tjänster för barn, unga och familjer i riktning mot mer multiprofessionell verksamhet där tjänsterna finns nära vardagen och klienten är mer aktiv än tidigare.

Förebyggande arbete betalar sig i längden

Investeringar i arbete som förebygger utslagning bland barn ger mänsklig och ekonomisk nytta. ”Den mänskliga nyttan är uppenbar, men svår att bedöma. Den ekonomiska nyttan är inte lika uppenbar, men i själva verket lättare att bedöma”, säger **Jukka Mäkelä**, utvecklingschef vid THL.

Undersökningar visar att arbete som förebygger utslagning ger tillbaka de investerade resurserna mångfaldigt. Det blir till exempel mycket dyrt om barn och unga blir utslagna ur studier och arbetsliv. Det finns många anknytande problem som belastar olika sektorer inom den kommunala ekonomin och samhället. Den direkta ekonomiska nyttan av förebyggande arbete syns ofta redan inom några år, men den verkliga avkastningen kan vara tiotals gånger större, då perspektivet utvidgas till hela livet och över generationer.

Det är effektivt och lönsamt att förebygga att beteendestörningar förvärras i grupper av skolelever eller unga oberoende av ålder. Arbetskraftskostnaderna för denna verksamhet är små jämfört med de besparingar som nås. Redan nu har till exempel Exit-tiimi i Uleåborg inom öppenvården kunnat hjälpa unga med stora svårigheter och förebyggt omhändertaganden.

Kaste-projekten som gäller barn för samman mer än 500 aktörer i utvecklingsarbetet

I utvecklingsarbetet inom de Kaste-projekt som gäller barn har man för första gången skapat ett landsomfattande multiprofessionellt utvecklingsnätverk för tjänster riktade till barn, unga och familjer. De fem regionala utvecklingsprojekten inom Kaste som gäller barn är Remontti i Västra Finland, Barnets Röst i Södra Finland, Tukeva i Norra Finland och Lapset ja perheet i Östra och Mellersta Finland samt projektet Kasper i Mellanfinland.

Mer än 80 pilot- eller delprojekt samordnas inom ramen för de regionala projekten. Totalt deltar cirka 500 aktörer (inrättningar, enheter, avdelningar, team, sakkunniga) i utvecklingsarbetet inom Kaste. Antalet yrkesfolk, experter, tjänstemän och utvecklare som deltar i Kaste-arbetet är i praktiken ännu större.

THL:s mellanrapport om Kaste-projekt som gäller barn anger att man lyckats rikta resurserna direkt till klientarbetet. Endast en liten del av arbetsinsatserna har gått till projektsamordningen, och 85 procent av utvecklingsarbetet har genomförts som direkt klientarbete, i nära samarbete med de anställda som utför klientarbete eller som multiprofessionellt nätverkssamarbete mellan yrkesfolk, tjänster och organisationer.

Några pressmeddelanden från Valvira

Brister i vården av äldre patienter på hälsocentralernas vårdavdelningar 31.5.2011

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira och regionförvaltningsverken utredde i november 2010–februari 2011 vårdkvaliteten för patienter i åldern 75 år eller äldre på hälsovårdscentralernas vårdavdelningar. En enkät sändes till de ansvariga läkarna vid 182 hälsovårdscentraler. Av de ansvariga läkarna svarade 90 % (164) på enkäten, och svaren gällde 536 vårdavdelningar med totalt 11 959 äldre patienter. Äldre patienter upptog 75 % av alla vårdplatser.

Svaren bör tolkas med hänsyn till att många vårdavdelningar har både äldre långvårdspatienter och yngre akutpatienter. En del svar gällde båda dessa patientgrupper.

Brist på vårdpersonal

Det mest oroväckande problemet enligt svaren var fåtalet vårdutbildade per patient. I Kvalitetsrekommendationen om tjänster för äldre som utgivits av social- och hälsovårdsministeriet anges följande mål för personaldimensioneringen:

- god nivå: minst 0,8 vårdanställda/klient/dygn
- miniminivå: minst 0,6–0,7 vårdanställda/klient/dygn
- under miniminivån: färre än 0,6 vårdanställda/klient/dygn

Det finns inga separata kvalitetsrekommendationer om personalresurserna på hälsovårdscentralernas vårdavdelningar, men kvalitetsrekommendationen om tjänster för äldre tillämpas även på vårdavdelningar. Vårdavdelningarna har nämligen i regel patienter som är mer svårbehandlade än inom den åldringsvård som lyder under socialvården. Patienternas större vårdbehov förutsätter mer personal. I Kvalitetsrekommendationen om tjänster för äldre konstateras bland annat att demenssjuka patienter kräver 0,7–0,8 vårdutbildade per patient. Av de patienter som var 75 år eller äldre och intagna på vårdavdelningar om vilka enkäten besvarades hade över hälften (59 %) minst medelsvåra minnesstörningar.

Av de äldre patienterna på vårdavdelningar var en stor del (40 %) helt sängliggande. Av de äldre patienterna kunde 35 % röra sig självständigt antingen med eller utan hjälpmedel. Resten av patienterna behövde hjälp för att kunna röra sig. Av de patienter som var 75 år eller äldre kunde 60 procent äta självständigt, medan resten behövde hjälp antingen med att börja måltiden eller kontinuerlig övervakning genom hela måltiden.

Hela 22 procent av vårdavdelningarna (112 vårdavdelningar på 65 hälsovårdscentraler) understeg personalmängden minimikraven. Av vårdavdelningarna uppnådde 65 % (335) miniminivån och 13 % (68) god nivå. Fyra procent (21) av vårdavdelningarna lämnade frågan obesvarad. Resultatet är oroväckande med tanke på den information som finns tillgänglig om patienternas funktionsförmåga och i synnerhet med hänsyn till att avdelningarna också har hand om akutpatienter som ofta är mycket vårdkrävande.

Inkompetenta bland vårdpersonalen

Det fanns alltså för lite personal och dessutom saknade en del av de anställda behörig kompetens. Vid 45 hälsovårdscentraler på totalt 62 vårdavdelningar (12 procent av vårdavdelningarna) saknade en del av vårdpersonalen yrkesutbildning inom hälso- och sjukvården.

Läkemedelsbehandlingsplaner fanns, men brister förekom i uppdateringen av dem

Hälsovårdscentralernas vårdavdelningarna hade bättre hand om medicineringen av patienterna än verksamhetsenheterna inom socialvårdens äldreomsorg. Nästan alla vårdavdelningar hade en egen läkemedelsbehandlingsplan för avdelningen. Brister förekom dock vid uppdateringen av anteckningarna om läkemedelsbehandling; 13 % av vårdavdelningarna utförde en individuell uppdatering av läkemedelsbehandlingen endast en gång per år eller mera sällan.

En alltför lång nattfasta

Både på hälsovårdscentralernas vårdavdelningar och socialvårdens enheter var det vanligt att nattfastan mellan måltiderna var för lång. Hela 86 procent av vårdavdelningarna (441) hade en nattfasta på 11 timmar eller mer.

Uppgifter om långvårdspatienternas hälsotillstånd införs inte tillräckligt ofta i journalhandlingarna

I förordningen om journalhandlingar föreskrivs att läkaren i journalhandlingarna för en långtidssjuk patient i sjukhusvård med minst tre månaders mellanrum från det att vårdperioden inletts ska göra ett uppföljningssammandrag oberoende av om väsentliga förändringar har inträffat i patientens tillstånd. Med detta vill man säkerställa att patienter som vårdas på avdelningar tillräckligt ofta får en uppföljning och bedömning av sitt hälsotillstånd. På 39 procent av vårdavdelningarna införde läkarna uppgifter i journalhandlingarna mer sällan än vad som föreskrivs i förordningen.

Kvalitetsrekommendationen anger rumsdimensionering som inte kan tillämpas på hälsovårdscentralernas vårdavdelningar

Hälsovårdscentralerna har också hand om akutpatienter. För uppföljning av deras hälsotillstånd kan det vara nyttigt att ha flera patienter i samma rum. Vårdavdelningarna är inte planerade för långtidspatienter som stannar kvar till och med i flera år. Enligt svaren har 60 procent (309) av vårdavdelningarna också patientrum för fyra personer eller fler, men av svaren kan man inte se hur många andra patienter finns i de rum där äldre långtidspatienter har placerats.

Valvira och regionförvaltningsverkens åtgärder med anledning av enkätsresultaten

Redogörelser som begärts av vårdavdelningarna

Valvira och regionförvaltningsverken har avtalat att de sistnämnda som tillsynsåtgärd begär redogörelser av de vårdavdelningar där:

- antalet vårdutbildade per patient understiger den nivå som anges i kvalitetsrekommendationen (65 hälsovårdscentraler)
- alla vårdanställda inte kvalificerade som yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (45 hälsovårdscentraler)
- medicineringen av långtidspatienter kontrollerades endast en gång per år eller mer sällan. (42 hälsovårdscentraler)

Antalen hälsovårdscentraler som fick begäran om redogörelse ska inte räknas ihop, eftersom en och samma hälsovårdscentral kan ha brister på fler än en punkt.

Informationsstyrning

På basis av resultaten beslutades att Valvira skickar ut anvisningar till alla hälsovårdscentraler om följande:

- anvisningar om måltidsarrangemang som syftar till att undvika alltför långa pauser mellan måltiderna och att säkra tillräcklig näring.
- anvisning om bedömning av äldre långtidspatienters hälsotillstånd och journalföring av uppgifterna minst en gång på tre månader.

Valvira föreslår totalrevidering av alkohollagstiftningen

31.5.2011

Valvira har för social- och hälsovårdsministeriet föreslagit en totalrevidering av hela alkohollagstiftningen. Revideringen bör basera sig på en alkoholpolitisk strategi som utarbetats på bred bas eller på motsvarande principer och riktlinjer. Valvira har tillsammans med regionförvaltningsverken dryftat ändringsbehoven i lagstiftningen.

Syftet med alkohollagen är att styra alkoholbruket och på det sättet förebygga hälsoriskerna och de samhällsrelaterade och sociala konsekvenserna som förorsakas av alkoholbruket. Valvira föreslår att ett av

målen blir att minska totalförbrukningen av alkohol och att garantera barns och ungas rätt till en alkohol- och drogfri miljö. För att minska totalförbrukningen bör man även ta upp frågan om att minska alkoholhalten i de alkoholdrycker som säljs inom dagligvaruhandeln.

Valvira föreslår att lagstiftningen kompletteras med möjligheter för medborgarna att påverka alkoholserveringen i sin omgivning. Valvira anser att egenkontrollen ska vara lagstadgad inom alkoholnäringsarna. Valvira anser vidare att alkoholdrycker inte får reklamföras med hjälp av positiva associationer och vill att lagstiftningen preciseras i fråga om minutförsäljning av alkoholdrycker. Tydligare stadganden behövs även om maximala serveringsmängder samt om importen av alkoholdrycker, till exempel handeln via Internet.

Valvira anser att tillståndsbaserade alkoholnäringar (tillverkning, partiförsäljning, servering och minutförsäljning på andra ställen än Alko) ska förutsätta sträng tillförlitlighetsbedömning innan tillstånd beviljas. Däremot bör sysselsättande tillförlitlighetsbedömning inte automatiskt göras när en verksamhet som beviljats tillstånd utvidgas till nya verksamhetsplatser.

Valvira anser att man i vissa fall ska överväga om det är möjligt att frånga det tunga tillståndsförandet och övergå till ett enklare anmälningförfarande. Anmälningförfarandet kan möjligen tillämpas till exempel vid användningstillstånd och vid alkoholförsäljning inom den internationella trafiken. Lagstiftningen om förlängning av serveringstiden bör preciseras och anmälningförfarande övervägas i frågor som gäller förlängd serveringstid.

Valvira ser inga behov av att ändra alkoholmonopolets ställning, alkoholnäringens tillståndsplikt eller de behöriga myndigheternas roll.

De medel som alkoholförvaltningen har till sitt förfogande utgör endast en del av de alkoholpolitiska verktygen. Därtill ska beaktas andra tillsynsmyndigheters åtgärder, beskattningen, bekämpningen av den ekonomiska gråzonen, social- och hälsovården som helhet, det förebyggande arbetet mot alkohol och droger samt den egenkontroll som aktörerna själva bedriver. Valvira föreslår att social- och hälsovårdsministeriet sammankallar alla aktörer till en gemensam diskussion om alkoholpolitiken. De alkoholpolitiska riktlinjerna skulle fastställas tillsammans med olika ministerier, myndigheter, kommunala aktörer, organisationer, forskningsanstalter och representanter för alkoholnäringen. Resultatet skulle bli en alkoholstrategi eller motsvarande principiella riktlinjer till grund för lagberedningen på ministeriet.

Valviras utredning över socialvårdens dygnetruntservice för äldre – Effektivare tillsyn över riskenheter

21.10.2010

En närmare analys av den riksomfattande enkäten om socialvårdens dygnetruntvård för äldre, som genomfördes våren 2010 i samarbete mellan Valvira och regionförvaltningsverken bekräftar de resultat som rapporterades före midsommaren. På basis av resultaten startar Valvira och regionförvaltningsverken ett tillsynsprojekt som gäller 184 vårdenheter inom äldreomsorgen. Därtill inriktas särskilda åtgärder på de vårdenheter som trots påminnelse lämnade enkäten obesvarad.

Frågeformuläret sändes till socialvårdens enheter som tillhandahåller dygnetruntservice (ålderdomshem och enheter för s.k. effektiverat serviceboende, dvs. boendeenheter som har personal på plats dygnet runt). Frågorna gällde sju kritiska faktorer som påverkar kvaliteten av vård och omsorg: personaldimensionering, personalens utbildningsnivå, läkemedelsbehandling, kost, målmedveten rehabilitering, lokaler samt journalföring och dataskydd av handlingar som gäller vård och behandling.

Av de 1 237 vårdenheter inom äldreomsorgen som ingick i studien uppfyllde endast 149 (12 %) de fastställda kriterierna för samtliga indikatorer på ett sådant sätt att minst lägsta godtagbara nivå uppnåddes. Återstående 1088 vårdenheter understeg det lägsta kvalitetskravet minst i fråga om ett kriterium. Den vanligaste bristen var att nattfastan, dvs. tiden mellan kvällens sista och morgonens första måltid, var för lång (11 timmar eller längre).

Totalt sju vårdenheter varav en drivs av offentliga sektorn fick det högsta möjliga poängantalet för de kritiska faktorerna. Totalt 70 vårdenheter fick det lägsta poängantalet, dvs. 20–24 poäng. Av dem var ma-

joriteten (63) drivna av den offentliga sektorn. Med den valda poängsättningen var medianen 17 poäng (156 vårdenheter). 810 enheter placerade sig över medianen och 271 under.

Privata vårdenheter klarade sig i genomsnitt bättre än offentliga enligt samtliga givna kriterier, vilket kunde ses redan i den preliminära granskningen av resultaten i juni 2010.

Sammandrag och slutsatser

Enligt en tillsynsplan som Valvira utarbetat tillsammans med regionförvaltningsverken har tillsynen över offentliga sektorns enheter prioriterats år 2010.

Inom den privata äldreomsorgen har däremot den förebyggande kontrollen en viktigare roll. För dygnetruntvård inom ramen för socialvården ska tillstånd begäras från regionförvaltningsverket innan verksamheten inleds. Beviljandet av tillstånd förutsätter en redogörelse över verksamhet, lokaler och resurser. Därtill ska privata enheter årligen lämna in en verksamhetsberättelse till regionförvaltningsverket. Dessa krav gäller inte för äldreomsorgen som tillhandahålls i offentlig regi. Valvira anser att proaktiv tillsyn, till exempel planer för egenkontroll, skulle bidra till högre kvalitet inom äldreomsorgen också inom den offentliga sektorn.

Vårdenheter inom äldreomsorgen som drivs i offentlig regi har i genomsnitt färre anställda som deltar i vård och omsorg och personalen har inte alltid den behörighet som uppgiften förutsätter. Orsaken kan vara att drygt hälften av vårdenheterna inom den offentliga sektorn är ålderdomshem, medan de inom privata sektorn endast utgör tre procent av det totala antalet vårdenheter. Majoriteten av ålderdomshemmen är gamla institutioner som grundats innan behörighetskraven för vårdpersonal trädde i kraft.

Enligt Social- och hälsovårdsministeriets publikation Kvalitetsrekommendation om tjänster för äldre ska antalet anställda och deras utbildningskrav liksom även lokaler som reserveras för äldre dimensioneras i förhållande till hur många och hur sjuka de äldre patienterna är som vårdas på enheten. Äldre personer som bor på offentligt drivna ålderdomshem och andra vårdenheter är ofta sjukare än de som har plats i privata enheter. Personalen, utbildningen och lokalerna ska dimensioneras enligt patienternas hälsotillstånd för att man ska kunna nå en servicenivå som åtminstone motsvarar minimikraven. Vården för klientgrupper som behöver mycket hjälp ska hålla lika hög kvalitet som andra klientgruppers vård. Verksamhet som uppfyller kvalitetskraven förutsätter även adekvat praxis, gott ledarskap och ett positivt attitydklimat.

Fortsatta tillsynsåtgärder

1. Valvira kommer i oktober att begära redogörelser av de 184 vårdenheter där kriterierna för god vård inte uppfylldes för ett flertal indikatorer (antalet vårdanställda och deras yrkesbehörighet, vård- och serviceplaner och läkemedelsbehandling) samt till de 61 vårdenheter som inte hade besvarat frågan om antalet anställda.
Dessa enheter ska ge Valvira en heltäckande redogörelse över sina verksamhetsprinciper, tillvägagångssätt och resurser. Valvira och regionförvaltningsverken går igenom svaren före mitten av december och fattar därefter beslut om vilken typ av fortsatt tillsyn eventuellt kommer att tillgripas för dessa enheter. Regionförvaltningsverken svarar för den fortsatta tillsynen.
2. Valvira begärde svar av de 263 vårdenheter som inte besvarade enkäten.
3. Enligt resultaten fanns det sju vårdenheter som på ett utmärkt sätt uppfyllde kvalitetskriterierna för äldreomsorgen. Valvira har bett dessa enheter lämna uppgifter om hur de uppnått sin höga kvalitetsnivå. De insamlade uppgifterna om god praxis kommer att spridas ut till andra delar av äldreomsorgen.
4. Utgående från resultaten av utredningen kommer Valvira att göra upp anvisningar till vårdenheterna inom äldreomsorgen om hur god kost och näring kan garanteras för äldre vårdtagare. Anvisningen tar särskilt upp dygnsrytmen, som ska ordnas på ett sådant sätt att nattfastan mellan kvällsmål och morgonmål inte blir för lång.
5. Valvira och regionförvaltningsverken utnyttjar resultaten av enkätsundersökningen i sin styrning och utbildning samt vid beredningen av följande tillsynsprogram och fastställandet av framtida prioriterade områden.

6. Valvira sänder ut motsvarande enkät till vårdavdelningar på samtliga hälsovårdscentraler under år 2010.
7. Följande riksomfattande enkät till social- och hälsovårdens enheter för dygnetruntvård av äldre genomförs hösten 2011.

Valvira påminner kommunerna: Tidsfristerna för barnskyddet ska alltid följas

21.6.2010

Ett barnskyddsärende kan väckas i kommunen på ansökan, genom barnskyddsanmälan, som en begäran att bedöma behovet av barnskydd eller när en socialarbetare eller annan anställd inom barnskyddet på annat sätt får information om ett barn som möjligen är i behov av skydd.

Kommunerna ska enligt barnskyddslagen behandla sådana anmälningar inom 7 dygn räknat från det att en kommunal socialarbetare fått kunskap om att ett barn eventuellt far illa och behöver skydd. Utredningarna om barnskyddsbehovet ska göras inom 3 månader räknat från det att saken kommit till kommunens kännedom.

De stränga tidsfristerna är avsedda att garantera att barnets situation snabbt utreds också i de fall där brådskande åtgärder inte behövs eller när anmälan saknar grund.

Några anvisningar från Valvira

Kost och måltider för äldre i dygnetruntvård 28.6.2011

Uppföljningssammandrag ska göras i journalhandlingarna för långtidssjuka patienter

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården Valvira utredde i november 2010–februari 2011 vårdkvaliteten för patienter i åldern 75 år eller äldre på hälsovårdscentralernas vårdavdelningar. Utredningen gjordes i form av en enkät som sändes till hälsovårdscentralernas ansvariga läkare och riktades till vårdavdelningarna. Svaren rapporteras i Valviras publikation Vanhusten hoidon laatu terveyskeskusten vuodeosastoilla, Vuoden 2010 kyselyn tulokset (på finska). Valviras utredningar 1:2011.

Kost och måltider för äldre i dygnetruntvård

Som indikator för kosthållet användes intervallet mellan kvällens sista och morgonens första måltid. Sammanlagt 86 % av vårdavdelningarna rapporterade en paus på minst 11 timmar. Valvira anser att ett så långt intervall mellan måltiderna hos äldre betydligt försämrar deras näringskvalitet. Valvira anser det vara oroväckande att majoriteten av de enheter som besvarade enkäten rapporterade en sådan situation. I frågor som gäller måltidsarrangemangen hänvisar Valvira till statens näringsdelegations kostrekommendationer för äldre (Ravitsemussuosituukset ikääntyneille, på finska). Statens näringsdelegation 2010.

Enligt rekommendationen är det viktigt för äldre personer att äta flera gånger om dagen, eftersom de inte orkar äta stora portioner på en gång. Måltiderna bör intas med jämna mellanrum under dagens lopp. Nattfastan mellan kvällens sista och morgonens första måltid får inte överstiga 11 timmar. Valvira uppmanar hälsovårdscentralerna som tillhandahåller långtidsvård för äldre på sina vårdavdelningar att i sin verksamhet beakta näringsdelegationens rekommendationer, särskilt tidsintervallet mellan kvällens sista kvällsmål och morgonens första måltid.

Uppföljningssammandrag ska göras i journalhandlingarna för långtidssjuka patienter

I Social- och hälsovårdsministeriets förordning om journalhandlingar (298/2009, 14 §) som trädde i kraft i augusti 2009 föreskrivs, att läkaren i journalhandlingarna för en långtidssjuk patient i sjukhusvård med minst tre månaders mellanrum från det att vårdperioden inletts ska göra ett uppföljningssammandrag oberoende av om väsentliga förändringar har inträffat i patientens tillstånd. Föreskriften är avsedd att för sin del säkerställa, att långtidssjuka sjukhuspatienters hälsotillstånd och förändringar i hälsotillståndet samt ändamålsenligheten av vården också i verkligheten i tillräcklig mån uppföljs och utvärderas. I svaren på enkätsfrågorna meddelade 39 % av vårdavdelningarna att läkaren gör dessa anteckningar mer sällan än vad som föreskrivs.

Valvira påminner om att journalföringen är en lagstadgad skyldighet för läkarna och framhåller att journalanteckningarna är en viktig del av vårdkvaliteten och av utvärderingen och uppföljningen av patientens hälsotillstånd.

Personalen vid socialvårdens enheter för missbrukarvården 22.6.2010

Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) samt regionförvaltningsverken har tagit ställning till personalstrukturen, volymen och utbildningen för den personal som arbetar vid socialvårdens enheter för missbrukarvården. Ställningstagandet gäller både privata och offentliga enheter för missbrukarvården.

I lagen om missbrukarvård (41/1986) har inte föreskrivits om tjänsternas olika verksamhetsformer eller om enheternas personalstruktur. Volymen för yrkespersonalen vid verksamhetsenheterna för missbrukarvården bör vara tillräcklig med hänsyn till servicebehovet och antalet klienter som vårdas. En del av de privata verksamhetsenheterna för missbrukarvården

har inlett sin verksamhet före lagen om tillsyn över privat socialservice (603/1996) trädde i kraft och fungerar med stöd av övergångsstadgandet i lagen.

I tillstånds- och tillsynsverksamheten stöder man sig vid bedömningen av personalens kompetens och tillräcklighet på kvalitetsrekommendationen för missbrukarvården (SHM:s handböcker 2002:3). I kvalitetsrekommendationen för missbrukarvården har inte detaljerat behandlats samtliga nuvarande verksamhetsformer för servicen (t.ex. den ideologiska vårdmodell, som helt eller så gott som helt baserar sig på kamratstöd vid rehabiliteringen). Hos dessa verksamhetsformer har personalens dimensionering och struktur varit oklar och har varierat regionalt.

Vid enheterna för missbrukarvården arbetar också personal som inte har fått utbildning på området och som ersätter anställda som har fått en adekvat yrkesutbildning. Den icke utbildade personalens arbetsinsats är viktig för en del verksamhetsformer. Ett problem uppstår emellertid, om enhetens verksamhet baserar sig enbart på en dylik personals arbetsinsats. Missbrukarvårdens klienter har numera i allt större utsträckning flera problem, vilket förutsätter ett mångsidigt yrkeskunnande av vården och rehabiliteringen. Vid enheterna för missbrukarvården vårdas och rehabiliteras många klienter/patienter, som förutom rusmedelsproblem också lider av mentala störningar och fysiska rusmedelssjukdomar. Detta förutsätter en helhetsmässig bedömning av klienterna/patienterna och ofta också en allt mer mångfasetterad läkemedelsbehandling och laboratorieuppföljning. Beroendet av flera rusmedel (samtidigt beroende av narkotika, läkemedel och alkohol) har inneburit allt större utmaningar för yrkeskunnandet och för klient/patient-säkerheten i missbrukarvården.

Den grundläggande förutsättningen för adekvata missbrukartjänster av god kvalitet är, att för dem svarar en yrkeskunnig personal, och att verksamheten leds med yrkeskompetens. Det arbete som utförs på basis av yrkesutbildning och kamratstödet bör särskiljas från varandra klarare än för närvarande. Personalens dimensionering och personalstrukturen kan inte betraktas åtskilt från klienterna eller patienterna och det, hur verkningsfull vård och rehabilitering dessa får.

Valviras och regionförvaltningsverkens uppfattning är, att verksamheten vid en verksamhetsenhet för missbrukarvården som ger vård och rehabilitering bör basera sig på vård och rehabilitering som ges av en personal som har fått yrkesutbildning för social- eller hälsovården. På så sätt kan klientens rätt till en god social- och hälsovård tryggas. Särskilt av den chef som leder verksamhetsenhetens klientarbete bör i fortsättningen alltid förutsättas en lämplig högskoleexamen, kännedom om branschen och en tillräcklig ledarskapsförmåga.

Valvira och regionförvaltningsverken konstaterar, att verksamheten vid en enhet som ger vård och rehabilitering inte får basera sig enbart på att man använder ledare eller frivilliga medarbetare som saknar yrkesutbildning. Enligt Valviras och regionförvaltningsverkens åsikt bör den icke yrkesutbildade personal, som arbetar i yrkesuppgifter vid ifrågavarande verksamhetsenheter, inom en av arbetsgivaren fastställd tidtabell avlägga minst den i lagen om yrkesinriktad vuxenutbildning (631/1998) avsedda yrkesexamen för arbete bland missbrukare. Serviceproducenten ska också sörja för att under varje arbetsskift för om-sorgen om och övervakningen av klienterna och patienterna svarar en person som har fått yrkesutbildning för social- eller hälsovården.

Valvira och regionförvaltningsverken utarbetar under år 2010 ett riksomfattande tillsynsprogram angående mental- och missbrukarvårdens boendetjänster samt anstaltsvården inom missbrukarvården, i vilket program de ovan behandlade linjedragningarna kommer att inkluderas. Ställningstagandet har behandlats i Valviras och regionförvaltningsverkens koordineringsgrupp.

Anmärkningsförfarandet inom socialservicen

21.6.2010

Syftet med lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000) är bland annat att främja klientens rätt till god service och got bemötande inom både den offentliga och den privata socialvården. Enligt 23 § har klienten rätt att framställa anmärkning med anledning av hur han eller hon bemötts till den som ansvarar för en verksamhetsenhet eller till en ledande tjänsteinnehavare inom socialvården. Serviceproducenterna och kommunerna ska utse särskilda personer till vilka anmärkningar ska

riktas. Idén bakom lagstiftningen är att anmärkningarna styrs till sådana tjänsteinnehavare eller ansvarspersoner som har befogenheter att försöka ändra situationen, om anmärkningen ger anledning till detta.

Vid anskaffning av service från en privat serviceproducent med stöd av avtal om köptjänster eller servicesedlar ska kommunen eller samkommunen försäkra sig om att servicen motsvarar den nivå som krävs av motsvarande kommunal verksamhet (4 § i lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården 1992/733). Enligt lagen om tillsyn över privat socialservice ska en verksamhetsenhet som producerar privat socialservice ha en person som ansvarar för servicen. Denna person svarar också för att serviceverksamheten uppfyller de krav som ställs på den. Anmärkningar om sådana socialvårdstjänster som kommunen ansvarar för att anordna ska med fördel riktas till den myndighet som ansvarar för kommunens socialservice.

Klienten ska vid behov handledas i framställandet av anmärkningen. Anmärkningen ska besvaras inom skälig tid. Begreppet skälig tid definieras inte exakt i lagstiftningen, men därmed avses i allmänhet 1–4 veckor. Det finns inga bestämmelser om i vilken form anmärkningar ska framställas, men skriftlig form är att rekommendera.

Det hör till god service och utveckling av servicens kvalitet att anmärkningar behandlas som sig bör. Syftet med lagstiftningen är att garantera klienterna ett snabbt, enkelt och flexibelt sätt att reagera på hur de blir bemötta och på socialvårdspersonalens åtgärder i fullföljandet av socialvården. Framställandet av anmärkning inverkar inte på klientens rätt att söka ändring i beslut om socialvård eller att anföra klagan i sitt ärende hos de myndigheter som övervakar socialvården.

Om klienternas och deras anhörigas anmärkningar behandlas som sig bör, minskar både antalet kontakter till tillsynsmyndigheterna och antalet oändamålsenliga klagomålsprocesser, vilka i allmänhet orsakar mer arbete även för serviceproducenterna inom socialvården jämfört med om dessa fall skulle behandlas som anmärkningar eller på något annat sätt. Tillsynsmyndigheterna har under de senaste åren fått allt fler klagomål som berör social- och hälsovården. Den information som inkommit genom tillsynen ger vid handen att förfarandet med anmärkningar och hur de ska besvaras inte har organiserats tillräckligt väl och kräver noggrannare anvisningar. Ibland har anmärkningar besvarats utan motiveringar eller tillräckliga förhandsutredningar, men det har också hänt att en klient inte fått något svar överhuvudtaget.

Valvira konstaterar att man vid varje verksamhetsenhet inom socialvården ska komma överens om ändamålsenliga förfaranden för behandling av anmärkningar. Det bör i samband med detta betonas att klienten i första hand ska uppmanas utreda situationen med den person som handlagt hans eller hennes ärende, eller vid behov med dennes chef, omedelbart när det uppstår problem. Om problemen inte löser sig genom diskussion, ska personalen vid verksamhetsenheten i fråga och socialombudsmannen hjälpa klienten att utreda problemen och vid behov framställa en anmärkning.

Klienten ska få ett klart och sakligt svar på sin anmärkning. Det ska bland annat framgå vilka åtgärder man har vidtagit med anledning av anmärkningen eller hur man annars har avgjort ärendet. Avgörandet ska alltid motiveras. Klienten ska informeras om att ändring i ett svar på en anmärkning inte kan sökas genom besvär, men att ärendet kan tas upp till behandling på nytt om ny information framkommer.

Valvira rekommenderar att verksamhetsenheterna regelbundet analyserar anmärkningar och andra former av kontakt och utnyttjar denna information i kvalitetsutvecklingen av sina tjänster. Den verksamhetsansvariga chefen vid verksamhetsenheten ansvarar för att alla anmärkningar behandlas omsorgsfullt, objektivt och ändamålsenligt.

Valvira rekommenderar också att verksamhetsenheterna inom socialvården tar i bruk en särskild blankett för anmärkning, som är lättillgänglig för klienterna. Anmärkningar och handlingar som utarbetas i samband med behandlingen av dessa ska förvaras och hanteras i enlighet med de krav som ställs på hanteringen av klientuppgifter. Handlingarna bör förvaras separat från klienthandlingar som redogör för tillhandahållande av socialvårdstjänster.

Klienterna bör informeras om möjligheten att framställa anmärkning på ett sätt som signalerar om ett tryggt förfarande som inverkar positivt på klientservicen.

Iakttagandet av bestämda tider i barnskyddslagen 17.6.2010

Anhängiggörande av ett barnskyddsärende och utredning av behovet av barnskydd

Barnskyddslagen (417/2007) uppställer vissa ovillkorliga bestämda tider för behandlingen av ett barnskyddsärende. Den innehåller föreskrifter om när en klientrelation inom barnskyddet inleds och om den med detta förknippade bestämda tiden för utredning av behovet av barnskydd (lagens 26–27 §). Ett barnskyddsärende anhängiggörs på ansökan, med barnskyddsanmälan, med begäran om utredning av behovet av barnskydd eller när en socialarbetare eller någon annan anställd inom barnskyddet på annat sätt fått kännedom om ett barn som eventuellt är i behov av barnskydd. Anhängiggörandet av ett barnskyddsärende uppställer för barnskyddsmyndigheterna en skyldighet att utreda barnets situation och sörja för att barnet får det skydd och den vård det behöver.

Efter anhängiggörandet skall omedelbart bedömas barnets eventuella brådskande behov av barnskydd. I samtliga fall skall barnskyddsarbetaren senast den sjunde vardagen efter att ärendet har kommit till barnskyddets kännedom avgöra om en utredning skall inledas med anledning därav eller om ärendet klart är sådant till sin natur att det inte leder till åtgärder. Syftet med den bestämda tiden är att säkerställa, att man raskt börjar utreda barnets situation också i de situationer, där det inte föreligger behov av brådskande barnskyddsåtgärder.

En noggrann utredning om barnets situation skall a priori alltid göras med undantag för de situationer, där anmälan genast konstateras vara obefogad. Enligt barnskyddslagen kan man avstå från att utreda behovet av barnskydd om ärendet klart är sådant till sin natur att det inte leder till åtgärder. Endast i synnerliga undantagsfall kan t.ex. en barnskyddsanmälan betraktas som klart obefogad. I ett oklart fall som ger rum för tolkningar är det i enlighet med principen om barnets intresse att utreda barnets behov av barnskydd.

När utredningsarbetet inleds antecknas barnet som klient inom barnskyddet. När klientrelationen inleds utses för barnet en för dess ärenden ansvarig socialarbetare, som svarar för att utredningen görs. Utredningen av behovet av barnskydd skall göras utan obefogat dröjsmål. Den skall färdigställas senast inom tre månader från att barnskyddsärendet anhängiggjordes. Meningen är att det skall ta så lång tid att göra utredningen endast i undantagsfall, exempelvis i situationer där man måste invänta att andra sakkunnigas utlåtanden blir klara.

I utredningen bedöms barnets situation och behov i förhållande till vilka möjligheter vårdnadshavarna eller andra personer som svarar för barnets vård och fostran samt uppväxtmiljön har att svara på dem. Särskilt bedöms vilken förmåga vårdnadshavarna eller andra personer som svarar för barnets vård och fostran har att sörja för barnets säkerhet, omsorg och fostran. Tyngdpunkten borde ligga vid att granska de vardagsförhållanden, risker och faktorer till stöd för avklarande som gäller för de personer som är ansvariga för barnet och dess vård och välbefinnande.

Utredningens form är inte bestämd, utan den görs i den omfattning som förhållandena i det förhandenvarande fallet förutsätter. Med tanke på förverkligandet av rättsskyddet är det viktigt, att när utredningen är klar, senast inom 3 månader från att ärendet har anhängiggjorts, vårdnadshavaren och barnet underrättas om att klientrelationen inom barnskyddet fortsätter eller att den har upphört. När klientrelationen fortsätter kan arbetet tillsammans med barnet och familjen fortsätta på ett naturligt sätt så att en klientplan görs upp. Ifall det konstateras att barnet inte har behov av barnskydd, skall klientrelationen avbrytas och vid behov barnet hänvisas till exempelvis det förebyggande barnskyddets tjänster.

Utredning om iakttagandet av bestämda tider

Valvira gjorde i april 2010 bland kommunerna en enkät om hur de bestämda tiderna enligt barnskyddslagen hade iakttagits år 2009 (med undantag för kommunerna i Sydvästra Finland, där situationen har utretts av Sydvästra Finlands regionförvaltningsverk). Av de kommuner som svarade meddelade endast 37 % att de hade behandlat alla barnskyddsanmälningar inom de av lagen förutsatta 7 dyggen och endast 27 % att de gör upp utredningarna av behovet av barnskydd inom den föreskrivna tiden 3 månader. I alla kommuner var överskridningarna inte nödvändigtvis stora. Emellertid förekom i var tredje kommun

barnskyddsanmälningar, vilkas behandlingstid var längre än 30 vardagar och i var femte kommun räckte utförandet av en del barnskyddsutredningar över ett år.

På frågan om de förväntade behandlingstiderna för anmälningar som för närvarande anhängiggörs uppgav 73 % av svarsgivarna, att bedömningarna görs inom den av lagen förutsatta 7 dygnen från det att ärendet anhängiggjorts, och 62 % att utredningarna görs upp inom den föreskrivna tiden 3 månader. På Västra Finlands regionförvaltningsverks område var graden för uppfyllande av de bestämda tiderna 91–92 %.

I de svar som Valvira fick på enkäten framfördes att den allmännaste orsaken till att de bestämda tiderna överskridits var resursbrist. I en del kommuner förefaller läget att vara kroniskt, medan det åter i andra tillspetsas under semestertider och överraskande anhopnings- eller frånvarosituationer. Det sades också att problem förekommer med organiseringen av arbetet. I synnerhet att finna de mötestider som förutsatts av det multiprofessionella samarbetet förefaller att vara en utmaning.

Valvira och regionförvaltningsverken övervakar hur de bestämda tiderna iakttas

De i barnskyddslagen nämnda bestämda tiderna är ovillkorliga. Man kan inte överskrida de bestämda tiderna utan att samtidigt bryta mot barnskyddslagen. Att behandlingen av utredningarna av behovet av barnskydd sker enligt lagen och att man håller sig inom de bestämda tiderna är en nödvändig del av klienternas rättsskydd och barnens rätt till särskilt skydd. Ett tidigt ingripande ger de bästa möjligheterna att förhindra att problemen växer till sig.

De myndigheter som utövar tillsyn över socialvården, regionförvaltningsverken och Valvira, har med stöd av socialvårdslagen möjlighet att ge för kommunerna bindande föreskrifter om avhjälpandet av brister eller missförhållanden som har upptäckts i genomförandet av socialvården (SvL 56 §). Denna möjlighet har hittills utnyttjats i liten utsträckning, men vite kommer att användas, om kommunerna inte på eget initiativ korrigerar de missförhållanden som har framkommit vid Valviras enkät. I laglighetsstillsynen har ansetts, att omständigheter som är förknippade med arbetets organisering eller personalens tillräcklighet inte kan användas som motivering till avvikelse från vad lagstiftningen förutsätter av ett ärendes behandling utan dröjsmål och senast inom den föreskrivna bestämda tiden.

Sammandrag av några böcker som utgivits 2010–2011 från THL

Tuula-Leena Raiski

Kunskapsbehovet i förebyggandet och vården av penningsspelproblem

Syftet med kartläggningen Kompetensbehov vid förebyggande och vård av penningsspelproblem är att kartlägga och beskriva det kompetensbehov som personalen som arbetar med klienter inom social- och hälsovårdstjänsterna och ungdomsarbetet upplever i förebyggandet och vården av penningsspelproblem. Kompetensbehovet relateras till den nuvarande kompetensen inom området, hur nyttigt ämnesområdet upplevs vara i arbetet och viljan att utveckla kompetensen. Målet är också att kartlägga och beskriva personalens önskemål gällande utbildningsarrangemang för förebyggande och vård av penningsspelproblem.

Materialet insamlades genom att man i maj 2010 sände en elektronisk förfrågan till social- och hälsovårdsdirektörer, direktörer för ungdomsarbetet eller kontaktpersoner som utsetts av dessa i 18 kommuner som valts runtom i landet. De skickade länken till enkäten vidare till personalen. Enkäten besvarades av 134 personer från 14 kommuner. Av dem representerade 69 hälsovårdstjänsterna och 12 ungdomsarbetet. Av kommunerna hade fem under 6000 invånare, fem var kommuner med 6000–50 000 invånare och fyra var stora kommuner med över 50 000 invånare. Bland de stora kommunerna fanns tre med över 100 000 invånare.

Hos alla förekom ett kompetensbehov inom förebyggande och vård av penningsspelproblem. Starkast var behovet inom tjänster, andra spelproblem än penningsspelproblem samt på kompetensområdet för vård och rehabilitering. Inom kompetensområdenas undergrupper fanns det ett kompetensbehov i synnerhet inom stöd-, vård- och rehabiliteringstjänster för problemspelare, mini-interventioner, tjänster för spelarnas anhöriga, andra spelproblem än penningsspelproblem, självhjälpsprogram, förebyggande arbete på individnivå, psykologisk vård och tvärprofessionellt arbete.

Granskat enligt arbetsuppgifter fanns det statistiskt betydande skillnader mellan den nuvarande kompetensen i förebyggande och vård av penningsspelproblem och nyttan som ämnesområdet upplevdes ha i arbetet. Hos personalen inom missbrukar- och socialarbetet var den nuvarande kompetensen starkare än hos andra grupper, och de upplevde också att ämnesområdet var nyttigare i sitt arbete än andra grupper. Svaren från elevvården och mentalvårdsarbetet betonade också tydligt ämnesområdets nytta. Enligt deltagarna var det så att ju oftare man träffade problemspelare i klientarbetet, desto starkare var kompetensen, desto nyttigare upplevdes ämnesområdet i arbetet och desto mer villiga var man att utveckla den egna kompetensen. Frekvensen av möten med spelares anhöriga korrelerade också med upplevd nytta i arbetet och vilja att utveckla kompetensen.

De viktigaste formerna av kompetensutveckling ansågs vara utbildningsdagar, utbildningar som är skraddarsydda för arbetsgemenskapen och informationssökning på webben på eget initiativ. Det önskades att utbildning skulle ordnas i närområdet och med betoning på närundervisning.

Resultaten för kartläggningen kan utnyttjas i valet av innehåll för utbildningar samt vid valet av målgrupper och arrangemang. Resultaten sporrar också till forsknings- och utvecklingsarbete för att utveckla vårdmetoderna och tjänsterna eftersom kompetensbehovet i många fall handlar om frågor som man reagerat på först under senare år, exempelvis problemspelande och samtidiga problem, möjligheterna till miniinterventioner i förebyggandet och vården samt kompetensbehovet i anknytning till andra spelproblem än penningsspelproblem. Vissa områden där det finns ett kompetensbehov, till exempel tjänsterna, utvecklas fortfarande. Arbetsgivarnas uppskattning av kompetensbehovet i förebyggandet och vården av penningsspelproblem skulle också ge ett tilläggsperspektiv. Det bör också betonas att resultaten har uppnåtts med behovskomponenter och är uppskattningar som gäller för tillfället. Utvärderingen av kompetensbehovet bör fortsätta.

Välfärds- och vårdklyftan mellan olika socialgrupper har ytterligare vidgats. Undersökningar tyder på att arbetslöshet och försvagad hälsa förstärker varandra och bildar en ond cirkel. Hälsoproblem och bristande arbetskapacitet leder i många fall till utslagning från arbetsmarknaden. De arbetslösa är missgynnade i jämförelse med andra personer i arbetsför ålder i fråga om tillgång till hälsotjänster, eftersom de står utanför de för kunden avgiftsfria hälsokontroller och andra tjänster som omfattas av företagshälsovården.

Projektet partnerskap för utveckling av långtidsarbetslösas hälsovård (PTT) var en riksomfattande projekthelhet som koordinerades av Institutet för hälsa och välfärd. PTT-projektet utvecklades i anknytning till politiska och övriga nationella program och genomförandeplaner. Under åren 2007–2010 genomfördes programmet i olika etapper av 24 orter och regioner. Inom olika delprojekt förbättrades verksamhetsmodeller som utgick från lokala förhållanden och aktörer i syfte att organisera hälsotjänster för svårssysselsatta personer inom ramen för sysselsättnings- och aktiveringstjänster. Målet för projekthelheten var att integrera hälsovårds- och hälsotjänsterna i andra processer som syftar till att upprätthålla arbetsförmågan och sysselsätta arbetslösa kunder och att etablera goda verksamhetsmodeller på projektorterna och sprida information om dem.

Inom ramen för projektet utfördes olika slag av arbete för att integrera och sprida modellerna bland annat genom att påverka myndigheter, politiskt beslutsfattande och strategiskt arbete på regional och kommunal nivå. Arbetet omfattade utbyte och spridning av information med hjälp av nätverksdagar, kamratstöd och utbildningsdagar för kamratstöd. Inom projektet anordnades en serie regionala seminarier med täckning över hela landet. Rekommendationer och handböcker publicerades, en praktisk beskrivning av god praxis och enhetliga blanketter utarbetades för handledning av verksamheten och tillsammans med yrkeshögskolorna förbereddes ett webbstudiematerial som hänför sig till hälsovård för arbetslösa.

De delprojekt som medverkade i uppföljningsstudien omfattade sammanlagt cirka 6 000 kunder av vilka 4 200 genomgick en hälsokontroll. Majoriteten av kunderna inom projektet bestod av män. Åren 2009 och 2010 var kundernas ålder 42 år i genomsnitt. Omkring hälften av kunderna hade varit högst två år och hälften över två år utan anställning. Hos 75 procent av dem som genomgått hälsokontrollen konstaterades eller hade redan tidigare konstaterats någon riskfaktor ur ett folkhälsoperspektiv. Drygt 60 procent av kunderna dirigerades från projektet vidare till andra tjänster hos hälsocentralen. Omkring 40 procent av kunderna remitterades till läkare vid hälsocentralen. Hos omkring hälften av dem som genomgick hälsokontrollen kunde enligt hälsovårdaren konstateras nedsatt arbetsförmåga. Som arbetsdugliga bedömdes 53 procent av kunderna, kapacitet för deltidsarbete eller begränsad arbetsförmåga konstaterades hos 40 procent och arbetsoförmågenhet hos 7 procent.

På lokal och regional nivå utföll införandet av hälsokontroller och hälsotjänster för arbetslösa inom ramen för PTT-delprojektets samt samarbetsmodellerna synnerligen väl. På en del orter kan verksamhetsmodellen redan betraktas som vedertagen praxis. På de flesta delprojektorter har ett positivt beslut redan fattats om att genomföra hälsokontroller och att ta en överenskommen verksamhetsmodell i bruk. Enligt riksomfattande enkäter har antalet genomförda hälsokontroller och hälsotjänster för arbetslösa ökat i kommunerna under de senaste åren. Av de kommuner och samkommuner som besvarade enkäten uppgav 85 procent att de har genomfört åtgärder som hänför sig till förbättring av hälsotjänster för arbetslösa och över hälften av kommunerna hade genomfört hälsokontroller av arbetslösa under år 2009.

Viktiga faktorer för en lyckad etablering av tjänsterna var att få ledningen för hälsovården att engagera sig, handledning för chefer och medarbetare och stöd från deras sida samt att engagera ett samarbetsnätverk som omfattar ett flertal sektorer. Att upprätthålla arbetssättet fordrar kontinuerlig förmedling av information till kunder och myndigheter samt aktiv medverkan och arbete för att påverka kommunernas ledande tjänstemän och politiska ledning. Att få olika aktörer att engagera sig kräver gemensamma överläggningar och överenskommelser om arbetssätt och ansvarsfördelning.

Hälsotjänster för arbetslösa förutsätter samarbete, administration och åtgärder som överskrider sektorgränserna. Hälsokontroller och hälsotjänster för arbetslösa utgör i administrativt avseende en verksamhet för primärvården, men tjänsten kan i praktiken genomföras på olika verksamhetsställen. PTT-projektet har gett information om hurdana fördelar och utmaningar som hänför sig till etableringen av

verksamheten och vad som särskilt bör beaktas i syfte att utveckla och etablera verksamheten. I rapporten ges rekommendationer och förslag till statsförvaltningens aktörer om åtgärder för att införa hälsokontroller och hälsosamtal som främjar de arbetslösas hälsa och arbetsförmåga samt hälsotjänster för arbetslösa.

Vesa Syrjä

Erfarenheter från konkurrensutsättningen av boendeservice för äldre

I arbetet granskas processerna kring konkurrensutsättningen av boendeservice för äldre i fyra stora städer (Helsingfors, Esbo, Vanda, Tammerfors) år 2006–2008 och processernas resultat och effekter. Undersökningen utgår från paradigmet New Public Management enligt vilket offentlig service bör läggas ut och konkurrensutsättas i allt större utsträckning. Konkurrensutsättning är ett nytt fenomen inom socialvården och i de flesta kommuner har de tjänster som köpts utanför den kommunala organisationen tidigare skaffats i form av direktupphandling genom förhandling. Undersökningens teoretiska referensram bygger på begreppen kvasimarknad och relationella kontrakt. Arbetets viktigaste utgångspunkter är de villkor som ställts upp för en fungerande kvasimarknad. Dessa villkor är att det råder konkurrens, att det förekommer ett tillräckligt utbyte av information mellan parterna, att klientens välbefinnande är en motivationsfaktor för beställaren och att vinst är en motivationsfaktor för utföraren. Dessutom bör transaktionskostnaderna och sällningen minimeras. En fungerande kvasimarknad bedömdes dessutom utgående från fyra kriterier, dvs. effektivitet, responsivitet, klientens valmöjligheter och rättvisa. Förutom att bedöma uppfyllelsen av förutsättningarna och bedömningskriterierna för en fungerande kvasimarknad utreddes också förekomsten av relationella avtalsförhållanden som tyder på partnerskap och deras uttrycksformer i konkurrensutsättningsmiljön.

Undersökningsmetoden är en fallstudie som omfattar flera fall. Undersökningen har också särdrag av utvärderingsforskning. Det viktigaste undersökningsmaterialet består av konkurrensutsättningsdokument och halvstrukturerade temaintervjuer med kommunernas tjänsteinnehavare som utgör beställare och med privata serviceproducenter (n = 32).

Utgående från beskrivningen av konkurrensutsättningens processer och de intervjuades åsikter konstateras att villkoren för en kvasimarknad uppfylls i de aktuella kommunerna, men endast delvis. Det råder konkurrens mellan utförarna i städerna, eftersom utbudet är större än efterfrågan. Dessutom kan framför allt utförare i huvudstadsregionen lämna anbud till flera beställare. Beställarnas sätt att utse nästan alla anbudsgivare till serviceproducenter genom förfarandet med ramavtal gör ändå att konkurrensutsättningens resultat förblir oklart. Beställarna och utförarna upplever huvudsakligen att information förmedlas i tillräcklig utsträckning. På grund av ramavtalen har utförarna ändå inte alltid en klar uppfattning om beställarnas intentioner. Den kommunala beställaren som ansvarar för tillhandahållandet av offentlig service har däremot svårigheter att få tillräckligt med information om serviceprocessens kvalitet. Strävan efter ett ekonomiskt resultat utgör en källa till motivation för de utförare som är företag. På marknaden för boendeservice fungerar emellertid också sådana utförarorganisationer som i princip inte eftersträvar vinst. Skillnaderna mellan företagens och organisationernas verksamhetslogik håller emellertid på att minska. Organisationernas andel av serviceproduktionen minskar och de bolagiserar även sina funktioner. Den kommunala beställarens motivation utgår huvudsakligen från klienternas välbefinnande. Beställarnas primära mål har således inte varit att sänka kostnadsnivån. Transaktionskostnaderna kunde inte bedömas exakt utgående från intervjuerna, men konkurrensutsättningen och framför allt övervakningen av avtalet medför kostnader för beställaren. Genom avtalsvillkoren kan kommunen förhindra sällning, dvs. att utförarna försöker överföra de svåraste klienterna till den offentliga sektorn.

Av de kriterier som ställts upp för en fungerande kvasimarknad förefaller det som om effektiviteten inte uppfylls fullt ut. I sin nuvarande form höjer konkurrensutsättningarna priset på servicen, eftersom utförarna eftersträvar att eliminera den ekonomiska risk som ingår i ramavtalet. Också skärpta kvalitetskriterier och ett ökande servicebehov till följd av befolkningens stigande ålder bidrar till att prisnivån höjs. Det håller på att bli vanligare med en omvänd konkurrensutsättning där priset är fryst och utförarna endast konkurrerar utgående från kvalitetskriterier. Den kommunala beställarens responsivitet gentemot klienternas behov har ökat, om kvaliteten används som kriterium. Med hjälp av de absoluta kvalitetskri-

terier som tillämpats vid konkurrensutsättningen och strängare avtal än tidigare garanteras klienterna en viss miniminivå på kvaliteten. Servicekvaliteten bevakas också mer systematiskt än tidigare, men för övervakningen av avtalen har ändå inte tilläggsresurser reserverats i någon betydande utsträckning. Tyngdpunkten i kvalitetskriterierna ligger på faktorer som gäller servicens strukturer och processer. Kvalitetskriterier som gäller omsorgens resultat och effektivitet tillämpas tills vidare endast i liten omfattning. En alltför strikt definition av struktur- och processkriterierna kan minska privata utförarens möjligheter att utveckla verksamheten och bedriva nyskapande verksamhet. I sin nuvarande form ökar konkurrensutsättningarna inte klienternas möjligheter att välja, eftersom de lediga platserna inom boendeservicen fylls utgående från vårdköen, och å andra sidan gör en standardisering av servicen att serviceutbudet blir ensidigare. Serviceproduktionen kan till största delen anses vara rättvis, men en del utförare kritiserar den kommunala beställaren för att också sådana utförare som erbjuder överkvalitet till ett högt pris godkänns som avtalsproducenter.

Konkurrensutsättningen har inte eliminerat de särdrag av relationella avtalsförhållanden som ökar partnerskapet mellan beställare och utförare. En del av utförarna upplever ändå att förhållandet mellan beställaren och utföraren dikteras av kommunen och att flexibiliteten har minskat i och med konkurrensutsättningen.

Undersökningen är en del av THL:s och Löntagarnas forskningsinstituts KILPAprojekt och har även finansierats ur TYKES-programmet och Arbetarskyddsfonden.

Timo Sinervo, Anja Noro, Liina-Kaisa Tynkkynen, Juhani Sulander, Heikki Taimio, Harriet Finne-Soveri, Reija Lilja, Vesa Syrjä
Privat eller kommunalt serviceboende? Kostnader, klientstruktur, vårdkvalitet och personalens välbefinnande

Användningen av privata tjänster har ökat kraftigt inom social- och hälsovården. En orsak är att det betraktas som ett sätt att förbättra produktiviteten. Tidigare forskningsresultat om effekterna av att använda privata tjänster och att konkurrensutsätta är tämligen motstridiga. Det har ofta konstaterats att kostnaderna har kunnat sänkas genom användning av privata tjänster, men sällan har man granskat om serviceformerna är jämförbara när det gäller klientstrukturen. Å andra sidan har kostnaderna ofta stigit efter den första konkurrensutsättningen. När det gäller vårdkvaliteten är resultaten lika motstridiga. Man har varit rädd för att maxi-mering av vinsten och nedskärning av kostnaderna ska leda till en sämre vårdkvalitet, vilket också amerikansk forskning tyder på. Å andra sidan har man utgått från att konkurrens bidrar till en bättre kvalitet genom att motivera till utveckling av arbetsprocesserna, vilket åtminstone enskilda konkurrensutsättningar har visat tecken på. För personalen har konkurrensutsättningen ofta medfört större osäkerhet och belastning och en ökad personalomsättning. Å andra sidan har man också i vissa undersökningar konstaterat att privata organisationer har en bättre ledning, att deras anställda har mer möjligheter att påverka och att organisationerna är lägre och mindre byråkratiska.

Inom projektet KILPA har undersökningsmaterial samlats in vid 134 enheter för serviceboende med heldygnssorg. Av dessa enheter för äldre finns 53 vid kommunala servicehus, 29 vid företag och 52 vid icke-vinstdrivande organisationer. Dessutom deltar 45 ålderdomshemsenheter i projektet. Samtliga enheter deltog i THL:s projekt för RAI-benchmarking där tillståndet och vårdkvaliteten bedömdes för alla cirka 3 000 klienter med hjälp av RAI-systemet. Enheternas kostnader och verksamhetsuppgifter utreddes genom enkäter till avdelningsskötare och ekonomichefer. En personalenkät skickades till alla anställda (n = 1 545) vid enheterna för att bedöma arbetets belastning, ledningen, arbetsplatsens verksamhet och personalens välbefinnande. Undersökningsmaterialet behandlades på enhetsnivå.

Undersökningen visade för det första att servicehusenheter som ägs av kommuner, organisationer och företag har olika klientstruktur och kostnader. Företagens och organisationernas enheter utgjorde huvudsakligen demensenheter, medan de kommunala enheterna hade många olika slags klienter. Vid de kommunala enheterna vårdades dels klienter som behövde hjälp i de dagliga sysslorna, men dels även kliniskt sett krävande klienter och utöver dessa också klienter med olika slag av demenssymtom. Klienterna vid kommunala enheter krävde en aning mindre vård, men det fanns klart mindre personal. Vid organisa-

tionernas enheter fanns det klart flest klienter som behövde mycket hjälp. Personal- och verksamhetskostnaderna var därför störst vid organisationernas enheter, medan de var lägst vid de kommunala enheterna. Med beaktande av klienternas vårdbehov var företagens enheter en aning dyrare än organisationernas enheter, medan de kommunala enheterna fortfarande var förmånligast.

Beträffande vårdkvaliteten varierade resultaten beroende på den kvalitetsfaktor som mättes. Till exempel använde en stor del av klienterna vid de kommunala servicehusen mer än 9 läkemedel, medan andelen var mindre inom de privata enheterna. Vid organisationernas enheter användes däremot oftare lugnande medel och sömnmedel än vid andra enheter. Vid de kommunala servicehusen finns däremot bättre möjligheter att använda hjälpmedel för förflyttning. Obehandlad smärta och nedstämdhet var vanligare vid kommunala enheter.

I organisationernas servicehus är faktorer som anknyter till personalens välbefinnande på bästa nivå. Kommunernas och företagens servicehus avvek från varandra på så sätt att ledningen, arbetstillfredsställelsen och kontrollen över arbetet (självständighet och användning av förmågor) var på en bra nivå vid de kommunala servicehusen, men de anställdas belastning var hög. Vid företagens servicehus var belastningen däremot liten, men ledningen, de anställdas självständighet och tillfredsställelse var på en lägre nivå.

Resultatet visar att det finns skillnader mellan privat och offentlig serviceproduktion, men att ingen klar rangordning kan lyftas fram. Dessutom varierar de undersökta faktorerna klart mer inom de jämförda serviceformerna än mellan dem. Det förefaller ändå som om förhandsantagandet om att privat serviceproduktion har en lägre kostnadsnivå inte stämmer. Man kan inte heller påstå att det finns mer kvalitetsproblem inom privata organisationer, utan snarare tvärtom. Inte heller faktorer som anknyter till personalens välbefinnande motsvarar tidigare – huvudsakligen amerikansk – forskning. Däremot motsvarar resultatet de tidigare resultaten om att icke-vinstdrivande serviceproduktion är av hög kvalitet och att personalens välbefinnande är på en hög nivå inom denna produktion.

Dessa skillnader kan sannolikt förklaras med att man vid konkurrensutsättning bättre beaktar sådana kvalitetsfaktorer som personalstyrkan. Likaså bidrar sannolikt en strängare övervakning inom privata sektorn till att personalstyrkan är på en bättre nivå där.

Utgående från forskningen kan konstateras att kostnaderna för äldre servicen inte bör granskas avskilt från klienternas tillstånd. Den kommunala serviceproduktionen visade sig vara förmånligare, men man måste överväga om skillnaden beror på en alltför låg personaldimensionering. Utöver vårdkvaliteten kan detta också påverka personalens sjukledigheter, vilja att fortsätta i arbetet och förtids pensionering. En kritisk fråga inom äldre servicen är att det finns tillräckligt med personal och att personalen har förutsättningar att orka i arbetet. I det stora hela ligger servicehusens vårdkvalitet på en rimligt god nivå jämfört med de amerikanska referensnivåerna. Å andra sidan överskrider användningen av läkemedel de amerikanska referensvärdena med stor marginal.

Forskningsrapporten är en beskrivning av projektets grundläggande resultat som ger upphov till många ytterligare frågor. Dessa frågor kommer i fortsättningen att stå i fokus till exempel vid utredningen av orsakerna till kostnadsskillnader, kvalitetsskillnader och skillnader i personalens välbefinnande.

Undersökningen genomfördes med finansiering av THL och Löntagarnas forskningsinstitut och dessutom ur TYKES-programmet och Arbetarskyddsfonden.

Jussi Perälä

Etnografisk studie av narkotikamarknaden i Helsingfors i början av 2000-talet

Föremål för studien är narkotikamarknaden i Helsingfors i början av 2000-talet. I studien granskas närmast försäljningen och användningen av amfetamin, cannabis och läkemedlet Subutex. Narkotikamarknaden indelas i allmänhet i olika nivåer, dvs. högnivå, mellannivå och lågnivå. Verksamheten på de olika nivåerna är ofta olika, även om nivåerna också kan gå in i varandra. Denna studie gäller huvudsakligen personer som säljer och använder narkotika på lågnivå och mellannivå. Verksamheten varierar också beroende på om det är fråga om försäljning av ett eller flera olika narkotiska medel. Att sälja och använda exempelvis Subutex är inte samma sak som att sälja och använda egenhändigt odlad cannabis. Grupperna av både köpare och säljare är i allmänhet också olika varandra. Materialet består huvudsakligen av etnogra-

fiskt fältarbete och anknytande iakttagelser och intervjuer. I materialet ingår också myndighetsintervjuer och förundersökningsprotokoll som gäller grova narkotikabrott.

Studien går ut på att klarlägga olika aktörers roller på de olika nivåerna av narkotikamarknaden i Helsingfors och att iaktta verksamheten på de olika nivåerna. Med hjälp av etnografi följs försäljningen och användningen av narkotika under vardag och fritid i privata bostäder och på offentliga platser. Studien iakttar risker i anslutning till försäljningen av narkotika och klarlägger vilken typ av narkotikaförsäljare som kan vara verksamma längst utan myndighetsintervention. Samtidigt beskrivs de metoder som små grupper på mellannivå och lågnivå tillämpar för att undgå myndigheternas kontroll och de åtgärder myndigheterna vidtar mot dessa metoder. Studien klarlägger också narkotikamarknaden för narkotikabrottslingar i fängelset, hur vardagen ser ut efter frigivningen och vilka inkomster narkotikahandeln ger på de olika nivåerna.

Resultatet visar att narkotikahandeln i Helsingfors allt från den högsta till den lägsta aktören inte alltid framstår som särskilt rationell verksamhet. I stället för systematik är det snarare fråga om drogberoende och andra problem som oftast beror på andra aktörer, den egna verksamheten och polisens verksamhet. Vardagen är ofta kaotisk och till detta bidrar ytterligare användningen av narkotika tillsammans med kunder eller ensam. Att den som säljer också själv använder narkotika gör att allting blir ännu mer komplicerat och problemen fördjupas. Vardagen är dock samtidigt ett mycket spännande och händelserikt sätt att tillbringa livet som ofta blir kort. Försäljning av narkotika är också maskulin verksamhet som man försöker styra med ett slags koder, utan att i allmänhet fullständigt lyckas. Till den maskulina verksamheten hör hot om våld som en del av koderna för den olagliga verksamheten. Man måste se till att det inte finns tjallare. Att tjalla på andra hör ändå till vardagens realiteter. Angivelserna påverkas av säljarens egna misstag, andra aktörers verksamhet och effektiv verksamhet från polisens sida. Fängelsedomar sätter inte stopp för narkotikahandeln om aktörerna vill fortsätta. Det är ytterst få aktörer som efter en dom kan tjäna tillräckligt på narkotikahandel med tanke på de höga riskerna.

Karoliina Karjalainen

Drograttfylleri i Finland 1997–2007: Förekomst, social bakgrund och dödlighet

De fall av rattfylleri som polisen får kännedom om beror klart oftare på alkohol än på narkotika. Ändå är även drograttfylleri ett betydande problem såväl med tanke på trafiksäkerheten som för folkhälsan mer allmänt. Personer som gör sig skyldiga till drograttfylleri orsakar fara för andra som rör sig på vägen, eftersom till exempel risken för trafikolyckor har påvisats vara förhöjd hos förare som kör under påverkan av narkotika eller sådana läkemedel som försämrar körförmågan. Drograttfylleri är också skadligt för personen själv, eftersom drograttfyllerister, utöver en ökad risk för trafikolyckor, också möter de problem som droganvändningen medför.

Denna undersökning har som mål att utreda förekomsten och utbredningen av drograttfylleri och förekomsten av sådan narkotika och/eller sådana läkemedel som försämrar körförmågan och som misstänkta drograttfyllerister har använt i Finland år 1977–2007. Dessutom är målet att utreda den sociala bakgrunden och dödligheten hos misstänkta drograttfyllerister.

Undersökningen är en registerstudie vars basmaterial består av registret över misstänkta fall av rattfylleri som ägs av inrikesministeriet och förs av Institutet för hälsa och välfärd (THL). Registret kombineras med uppgifter ur Statistikcentralens sysselsättningsstatistik, folkräkningarnas longitudinella datafil och dödsorsaksregistret för att undersöka den sociala bakgrunden och dödligheten hos drograttfyllerister.

Förekomsten av misstänkta fall av drograttfylleri har ökat 18-faldigt från 194 till 4 249 fall i Finland under perioden 1977–2007. Förutom att drograttfylleri i sig har blivit vanligare under årens lopp kan den ökade förekomsten av misstänkta fall av drograttfylleri sannolikt också förklaras av att narkotikabruket blivit vanligare och att antalet fordon, trafiken, körda kilometer och antalet körkort har ökat. Också polisens verksamhet anknyter i väsentlig grad till antalet misstänkta fall av drograttfylleri. Speciellt den ändrade lagstiftningen om narkotika i trafiken som trädde i kraft år 2003 har sannolikt ökat polisens aktivitet och således bidragit till att antalet fall av drograttfylleri har ökat under de sista åren av perioden.

Bensodiazepiner var det vanligaste fyndet i blod- och/eller urinprovet från misstänkta drograttfyllerister. Det näst vanligaste ämnet var amfetaminer, vars andel ökade framför allt i och med bestämmelserna om nollgräns för narkotika i trafiken som trädde i kraft 2003. Bensodiazepiner är lagliga receptbelagda läkemedel, men missbruk förekommer i stor omfattning. Det utbredda bruket av bensodiazepiner, speciellt i kombination med alkohol och andra droger, och drograttfylleristernas förhöjda risk för en för tidig död som är förknippad med bensodiazepiner visar att bensodiazepiner är ett centralt problem bland drograttfyllerister. När det gäller drogmissbruk bör man överlag vid sidan av olaglig narkotika också allt mer uppmärksamma eventuellt missbruk av lagliga läkemedel och problem till följd av detta.

Blandmissbruk är mycket vanligt, vid nästan fyra av fem misstänkta fall av drograttfylleri påträffades fynd av två eller flera droger eller alkohol samtidigt. Den utbredda förekomsten av blandmissbruk och den stora mängden olagliga narkotika tyder på ett missbruksproblem hos rattfylleristerna och således ett behov av vård. Ett bra tillfälle att nå missbrukare och styra dem till vård kunde vara när en person åker fast för drograttfylleri.

Drograttfylleri är förknippat med socialt underläge, bland annat låg utbildning, arbetslöshet och invalidpension. En allmän minskning av skillnaderna mellan socioekonomiska grupper är således till fördel också för att minska och förebygga drograttfylleri och narkotikabruk. Öväntat var å andra sidan sambandet mellan en bra social situation (utbildning på högre nivå och högre socioekonomisk ställning) och drograttfylleri bland bensodiazepinanvändare som fyllt 45 år, och detta fynd stärker antagandet att missbruket av lagliga läkemedel bör observeras allt mer.

Risken för en för tidig död, speciellt till följd av överdos, våld eller självmord, var betydligt större hos misstänkta drograttfyllerister än hos den övriga befolkningen. Risken för en för tidig död var störst hos blandmissbrukare, men också när det gäller dödligheten finns det skäl att fästa uppmärksamhet vid bensodiazepinanvändare som också har en högre dödsrisk än amfetaminbrukare.

De fall av drograttfylleri som polisen fått kännedom om beskriver som undersökningsobjekt endast delvis utbredningen av drograttfylleri och anknytande fenomen. Men eftersom drograttfyllerister utgör en grupp som representerar alla slags narkotikabrukare, kompletterar forskning som fokuserar på misstänkta drograttfyllerister på ett viktigt sätt också forskning som gäller andra grupper av narkotikabrukare och bidrar på så sätt till att precisera helhetsbilden av narkotikabruket.

Matilda Wrede-Jäntti

Pengarna eller livet? – En kvalitativ och longitudinell studie om långtidsarbetslösa unga i ett aktörsperspektiv

I denna studie uppföljs under tio år beslutsprocesser och handlingsval hos en grupp ungdomar i Helsingfors, som år 1995 och 1996 var registrerade som arbetslösa arbets sökande, då ca 20 år gamla. Syftet är att – genom en kvalitativ analys av informanternas inställning över tid till sin livssituation, lonearbete och framtidsutsikter – belysa hur deras önsningar, varderingar och utveckling på andra livsområden kan förklara deras handlingsätt och val i relation till sin arbetslöshet och till de myndigheter de stött i kontakt med. Särskilt granskas frågan hur informanterna erfar sitt möte med den aktiverande socialpolitiken: Vilka insatser har informanter med olika preferenser erbjudits? Vilka interventioner har burit frukt? Vilka har inte haft avsett resultat? Varför? Forskningsgreppet är holistiskt och ser på arbetslösa unga som hela, komplexa aktörer. Utöver arbetslöshet inkluderas personlighet, livshistoria och bakgrund liksom inflytanden från det samhälle, den tid och den kultur de unga lever i.

Studien omfattar initialt 36 unga. Dessa redogör för sin aktuella livssituation och ömbuds även blicka bakåt och framåt i tiden. Utgående från sina framtidsplaner år 1996 indelas de i fyra undergrupper, 1) studieinriktade, 2) arbetsorienterade 3) alternativa och 4) villradiga. Ur varje grupp väljs en ”nyckelinformant” för fördjupad uppföljning. Därmed uppstår två dataset; basmaterialet, som omfattar samtliga 36 intervjupersoner, och det fördjupade empirimaterialet, som intensivt följer upp de 4 nyckelinformanterna. Fokus ligger på det fördjupade empirimaterialet.

Nyckelinformanterna väljs i syfte att exponera mångfalden i den ospecifika massan ’unga arbetslösa’. Informanternas varderingar och preferenser relateras till deras livshistoria och tolkningar av samhälls-

interventionerna, varvid insatser – såväl lyckade som misslyckade – riktade till dem, belyses ur olika perspektiv. De 4 informanterna betraktas som aktörer i motet med Arbetskraftsbyrån och samhället. Vid detta möte beaktas även deras beroende av och tillgång till olika former av stöd, både offentligt och/eller informellt. Forskningsdesignen möjliggör en uppföljning under en 10-års period av framtidsplaner, handlingar och förändringar både på individ- och samhällsnivå ända upp i vuxenlivet. Vid utgången av studien står informanterna, som omkring 30-åringar, i olika positioner till arbetsmarknad, familjeliv och till samhället i stort.

Som teoretisk referensram begagnas Margaret S. Archers ansats till en morfogenetisk teori om individens möte med samhället. Denna tillskriver individens 'inre dialoger' och reflektion väsentlig betydelse för individens förhållningssätt till samhället. Undersökningens makroperspektiv har breddats genom tillämpning av Barbara Cruikshanks politologiska teori om skapandet av medborgare i demokratier. Den lyfter fram samhällets makt att påverka agentskapet, vilket kan beskara eller berika individens handlingsutrymme.

Studien pekar på stora skillnader i informanternas bakgrund, värdebas, preferenser och sätt att relatera till lonearbete, arbetslöshet och samhället, faktorer som styr deras sätt att agera som arbetslösa. Därmed kan sinsemellan mycket olika handlingsalternativ uppfattas som realistiska. Slående är att nyckelinformanternas deklarerade undergruppspreferens bevaras över tid. Oroande är att klienter som avviker från normen "lonearbete som primärintresse" eller som är i stort behov av stöd möter mer svarigheter i kontakten till systemet än de som har det bättre ställt och omfattar mer traditionella värden. Informanterna kräver rimligt ett mer individinriktat bemötande. Ett sådant kan dock stå i konflikt med rättvis synpunkter och synes kräva kontakt och delegering till andra institutioner samt ökade resurser.

Elina Palola, Vappu Karjalainen

Publikation om socialpolitikens utveckling

Den finländska socialpolitiken har kommit till ett vägskäl där den framtida riktningen måste väljas. Ansvar för välfärden och den sociala rättvisan kan inte överföras på individerna i ytterligare utsträckning. I de riktlinjer som gjorts upp under de senaste åren har den del av befolkningen som orkar sämst och som har det sämst ställt råkat i en ännu mera utsatt position. Den finländska välfärdsstaten har på så sätt förlorat många av sina grundläggande värderingar och tillvägagångssätt. Denna väg leder till ett klassamhälle och Finland måste svänga av denna väg, konstateras i en nyutkommen bok.

Social glömska i dagens Finland och överbetoning av individens ansvar är centrala teman i en nyutkommen bok av Institutet för hälsa och välfärd (THL). I boken (*Sosiaalipolitiikka – hukassa vai uuden jäljellä?*) beskriver 16 skribenter sina synpunkter på hur den finländska välfärdsstaten har lyckats i sin socialpolitik under de två senaste årtiondena. Varför har ojämlikheten ökat? Vart försvann rättvisan och kan den fortfarande återställas?

Man har blivit medveten om den kraftiga ökningen av välfärdsskillnaderna i Finland. De sociala rättigheterna och ekonomin ställs nu mot varandra, kanske mer än någonsin tidigare. Detta är delvis en följd av att socialpolitiken inte har profilerats tillräckligt klart och att den hamnat i bakgrunden när man eftersträvat ekonomisk konkurrenskraft: år 1993–2010 bör således betraktas som en period av underprestation i välfärdsstaten.

Man började tappa det socialpolitiska greppet just då det hade behövts ansträngningar för att motverka en ökande ojämlikhet. Nu behövs ny och öppen diskussion kring den finländska välfärdens framtid; under följande valperiod kommer riktningen för vår välfärdsstat att avgöras.

Hurdan socialpolitik behövs i en situation där de frågor som kräver snabba riktlinjer och lösningar förutom ojämlikhet också gäller befolkningens stigande ålder, den ekonomiska globaliseringen och ekologisk hållbarhet? Under detta årtionde skapas den 'finländska modellen', vars framgång avgör hur välfärden ser ut för nuvarande och kommande generationer.

Helhetsbedömning av grundtrygghetens tillräcklighet

Enligt en lagändring som trädde i kraft i december 2010 ska en helhetsbedömning av grundtrygghetens tillräcklighet göras vart fjärde år. Institutet för hälsa och välfärd sammankallade en expertgrupp från sektorforskningsinstituterna, Folkpensionsanstalten, Statistikcentralen och Åbo universitet.

Som utgångspunkt för utvärderingen använde arbetsgruppen de livssituationer där det allmänna enligt 19 § i grundlagen ska trygga den grundläggande försörjningen. I granskningen tog man också med studerande och personer som får hemvårdsstöd. I utvärderingen beaktades de FPA-förmåner som har en väsentlig inverkan på utkomsten för de hushåll som är beroende av grundtryggheten samt utkomststödet. Grundtrygghetens utveckling granskades under perioden 1990–2011 och detta är den första rapporten som utvärderar grundtrygghetens tillräcklighet. Inkomsternas tillräcklighet och utveckling i hushåll som är beroende av grundtryggheten bedömdes med hjälp av kalkylexempel för fyra olika familjemodeller.

De disponibla inkomsterna hos hushåll som är beroende av grundtryggheten har ökat reellt med 4–41 % från år 1990 till 2011, men de disponibla inkomsterna efter boendeutgifterna har minskat hos alla utom pensionärerna. För en ensamboende som får garantipension har inkomsterna efter boendeutgifterna ökat reellt med 27 %. För en ensamboende som får utkomstskydd för arbetslösa, minimisjukdagpenning eller studiestöd (inkl. studielån) har inkomsterna efter boendeutgifterna däremot minskat reellt med cirka 2 % sedan år 1990. Inkomstnivån före boendeutgifterna hos en ensamboende som är beroende av grundtryggheten är 37–45 % av medellöntagarens inkomstnivå år 2011. Vid jämförelse av inkomstnivån efter rimliga boendeutgifter är inkomstnivån för en ensamboende som är beroende av grundtryggheten 23–32 % av medellöntagarens. I förhållande till medellöntagarna har inkomstnivån för personer som är beroende av grundtryggheten sjunkit från år 1990, oavsett om inkomsterna betraktas före eller efter boendeutgifterna. För andra hushållstyper som är beroende av grundtryggheten är inkomsternas nivå och utveckling i förhållande till medellöntagarna motsvarande. Inkomstnivån hos en ensamboende som övergått från ett lågavlönat jobb till inkomstbundet arbetslöshetsskydd är 42 % av medellöntagarens, och efter boendeutgifterna 28 % av medellöntagarens: båda andelarna har sjunkit sedan år 1990.

Största delen av de granskade hushållen som är beroende av grundtryggheten kan inte täcka en rimlig minimikonsumtion med sina inkomster. I och med garantipensionen är pensionärerna den enda gruppen vars grundtrygghet är tillräcklig för att täcka rimliga minimiutgifter. I kalkylexemplen har de inte heller kalkylerat rätt till utkomststöd. Däremot räcker inkomsterna hos andra hushåll som är beroende av utkomstskydd endast för att täcka cirka två tredjedelar av den rimliga minimikonsumtionen. Grundtrygghetens nivå jämfördes också med befolkningens syn på en tillräcklig nivå för minimiskyddet. Inkomstnivån hos hushåll som är beroende av grundtryggheten stannar under den nivå som befolkningen anser vara tillräcklig för minimitryggheten. Skillnaden har också ökat med tiden. I internationell jämförelse är den finska minimitrygghetens nivå före boendeutgifterna på medelnivå. De antagna boendeutgifterna påverkar dock den bild man får av minimitrygghetens relativa nivå. Betraktat efter boendeutgifterna stannar den finska minimitryggheten en aning under den västeuropeiska medelnivån. Ställningen för de personer som är beroende av grundtryggheten i inkomstfördelningen granskades också med hjälp av empiriskt material. År 2009 tillhörde cirka 150 000 finländare hushåll vars bruttoinkomster till över 90 procent bestod av grundtrygghet. Deras antal har fördubblats sedan år 1990 och också fattigdomsriskerna hos hushåll som är beroende av grundtryggheten har ökat sedan början av 1990-talet. I hushåll som är beroende av grundtryggheten var fattigdomsriskerna 89 % år 2009 och fattigdomsgapet, dvs. avståndet mellan inkomsterna och fattigdomsgränsen, var avsevärt mycket större än hos låginkomsttagare i genomsnitt.

Esa Eriksson, Tom Erik Arnkil, Marie Rautava

Framtidsdialoger. Handbok för samtalsledare som arbetar med nätverk

Ju fler gränser som dras desto nödvändigare blir det att dessa gränser överskrids. Men den som överskrider gränser måste också vara beredd att sträcka ut sin hand till andra och föra en dialog.

Det är lätt att föra en dialog när det inte finns problem. Men det blir svårare för den som i en situation känner stark oro. När oron växer sätts lyssnandet ofta på undantag. Den här handboken vill bidra till att dialog förs också i lägen då det finns många parter och bekymren växer.

Det faktum att välfärdsservicen i Finland är organiserad i specialiserade sektorer har lett till att det finns stor sakkunskap på olika verksamhetsområden. Sakkunskapen stannar dock ofta inom gränserna för de olika sektorerna och är fragmentarisk. Välfärdsservicen fungerar förvisso bra när det gäller att uppfylla klart avgränsade servicebehov som lätt går att skilja från varandra. Behovet av nätverksarbete blir dock mer uppenbart då en behandling kräver att sakkunniga från olika verksamhetsområden samarbetar. Då servicen är organiserad i specialiserade sektorer föreligger ett uppenbart koordinationsproblem.

Förutom att den finländska välfärdsservicen är indelad i specialiserade sektorer är den kultur som råder där mycket expertorienterad. I en expertorienterad kultur lägger man vikt vid de professionellas resurser och fäster sig inte vid vilka dolda möjligheter det finns i klienternas sociala relationer, alltså i nätverket av närstående. Det är ett välkänt faktum att det i klientens vardag kan finnas viktiga personer som utgör ett skydd i svåra livssituationer och som kan användas som väsentliga resurser när det gäller att lösa problem. När det är fråga om en klient som får stöd på många olika håll går det ofta så att när klienten tas om hand inom en sektor är det ingen som känner till vad som gjorts på annat håll. Ett sådant klientfall blir då svårt att bemästra. Det går inte att hitta lösningar på ett mångfacetterat problem genom en ytterligare specialisering. Då blir kunskapen bara ännu mer fragmentarisk, vilket många uppfattar som ett problem. Men det är den metod man har mest erfarenhet av i en sektorindeldad organisation. Nu behövs det ett nytt slags in-tegrering – det behövs ny praxis för nätverksarbete.

Det görs mycket nätverksarbete, men ofta utan att det finns tillgång till avancerade arbetsmetoder och god praxis. När professionella vill koordinera sitt arbete är kutymen den att de håller interna planeringsmöten. Ibland planeras samarbetet med klienten närvarande i olika rehabiliteringsgrupper, på behandlingsmöten, nätverksmöten och liknande. De professionellas interna planeringsmöten leder lätt till att arbetet blir monologiskt; de professionella vill styra andras tankar och handlingar när de avser att få till stånd en gemensam plan för att åstadkomma en förändring hos klienten. Det här är inte ovanligt. Också när klienten är närvarande på nätverkslika möten har mötarna en tendens att bli monologiska, om inte den gemensamma planeringen ingår som en del i behandlingsprocessen. Men när klienten själv är närvarande är det fråga om en intervention i hans liv som i sig skall hjälpa honom och öka hans handlingsförmåga.

Det finns behov av att utarbeta nätverkslika, dialogiska arbetsformer inom alla de servicesektorer där man möter människor i olika åldrar i vardagens komplexa och brydsamma situationer, bl.a. inom barn- och familjeservice, mentalvård, äldreomsorg, missbrukarvård, vård av långtidsarbetslösa, elevvård och handikappvård. Syftet med att förändra servicekulturen och utveckla den är att bidra till att flexibla nätverk bildas och arbetet blir mer klientorienterat. Från att arbetet varit specialist- och problemcentrerat blir det inriktat på att hitta resurser i samarbete med klientens nätverk av närstående och aktörer på olika verksamhetsområden. För att stödja nätverkslikt arbete måste det skapas strukturer för att koordinera och leda ett arbete som överskrider gränserna för de olika förvaltningsområdena

Ett första villkor för att nätverksarbetet skall fungera är att de professionella kan se och urskilja när ett sådant arbete behövs. Dessutom måste de när de upptäcker behovet medvetet och strukturerat arbeta med nätverk. Den här handboken redogör i detalj för en helhet av metoder för nätverksarbete som kallas Framtidsdialoger. Schemat över Bekymmerszoner som utgör en grund för metoden kan du själv använda för att avgöra om det finns behov av att rikta in sig på nät-verksarbete.

Framtidsdialogerna som arbetsmetod kräver att det finns samtalsledare som är utomstående i förhållande till det ärende eller den situation som är under behandling. Den här handboken är speciellt avsedd att vara en handbok för de samtalsledare som utbildats av THL (Institutet för hälsa och välfärd i Finland). Vi föreslår att samtalsledarna för att lära känna tankarna bakom dialogism och framtidsdialoger också läser följande källlitteratur: Tom Erik Arnkil, Esa Eriksson och Robert Arnkil: Dialogisk utveckling av kommunernas service. Från sektororientering och projektkaos till flexibla nätverk. Stakes Rapporter 260/2001, Jaakko Seikkula, Tom Erik Arnkil and Esa Eriksson: Postmodern Society and Social Networks: Open and Anticipation Dialogues in Network Meetings. Family Process, 42/2003, Esa Eriksson och Tom Erik Arnkil: Ta upp oron. En handbok i tidiga dialoger, THL 2009, Jaakko Seikkula och Tom Arnkil: Sociala nätverk i dialog, Bokförlaget Mareld, 2005, Riitta-Liisa Kokko: Tulevaisuuden muistelu. Ennakointidialogit

asiakkaiden kokemina. Stakes 2006. Mer litteratur i anknytning till temat finns i litteraturförteckningen bak i boken.

Framtidsdialogerna är resultatet av ett femton år långt teoretiskt och praktiskt utvecklingsarbete. Det är inte bara fråga om en teknik utan också om ett dialogiskt arbetssätt med inriktning på att hitta resurser och lösningar. Framtidsdialoger – Handbok för samtalsledare bygger på ett samarbete mellan Nätverks- och dialogforskningsteamet (VerDi) och deltagare i tiotals utbildningar och utbildarutbildningar av samtalsledare. Stort tack till dem alla. Ett särskilt tack riktas till planerarna Mimosa Koskimies, Jukka Pyhäjoki och Heli Hartikainen-Isokoski från Nätverks- och dialogforskningsteamet för deras stora insats för handboken.

Syftet med handboken är att den skall utgöra en första ram för ett arbetssätt som är under utveckling. Den är inte en bestående sanning. Den som vill utveckla något måste ha något att utveckla.

Juha Moring, Anne Martins, Airi Partanen, Viveca Bergman, Esa Nordling, Veijo Nevalainen (red.)
Nationell plan för psykisk hälsa och missbruksarbete 2009–2015: Det praktiska verkställandet år 2010

I rapporten granskas den nationella planen för psykisk hälsa och missbruksarbete som bereddes av arbetsgruppen Mieli 2009 och publicerades våren 2009. Arbetsgruppen Mieli 2009 tillsattes av social- och hälsovårdsministeriet (SHM). I rapporten granskas också det mottagande planen fått och hur verkställandet av planen har framskridit. SHM:s plan för psykisk hälsa och missbruksarbete innehåller 18 förslag till gemensam utveckling av arbetet för psykisk hälsa och missbruksarbetet fram till år 2015. I planen läggs särskild vikt vid att stärka klientens ställning och att effektivera arbetet för att främja psykisk hälsa och alkohol- och drogfrihet samt åtgärderna för att förebygga problem och skadeverkningar. Vidare framhålls att servicesystemet bör utvecklas så att större vikt läggs vid basservicen och öppenvården, som ska bli bättre på att samtidigt beakta psykiska problem och missbruksproblem. Planen omfattar också styrmedel för genomförandet av planen.

I det andra kapitlet av rapporten granskas det aktuella läget i utvecklingen av social-, hälso- och sjukvården. Lagstiftningen revideras, och hittills har man färdigställt hälso- och sjukvårdslagen som trädde i kraft den 1 maj 2011. Många stora beslut måste ännu fattas. Riktlinjerna i planen för psykisk hälsa och missbruksarbete om att stärka klientens ställning, att främja psykisk hälsa och alkohol- och drogfrihet, att tidigt förebygga problem och att främja basservice som betonar öppenvård överensstämmer med den nya hälso- och sjukvårdslagen och framhäver också vidareutveckling av ett socialt hållbart välfärdssamhälle.

I det tredje kapitlet behandlas centrala utmaningar inom social-, hälso- och sjukvården. Först ges en översikt över den regionala hälso- och välfärdsundersökningen som genomförs av THL och som ger aktuell information om den upplevda hälsan och välfärden och behovet av mentalvårdstjänster och service för missbrukare. Därefter behandlas den ökade efterfrågan på barnskydd. Detta framhäver i sin tur behovet att effektivera arbetet med att förebygga utslagning som går i arv och stödet till enskilda familjer och att utveckla den riksomfattande uppföljningen av dessa åtgärder. Psykiatrisk sjukhusvård granskas utgående från vårdanmälningsuppgifterna. Vårdperioderna har blivit kortare inom den psykiatriska sjukhusvården, men den långvariga institutionsvården framträder nu inom boendeservicen. I och med den ökade alkoholkonsumtionen har antalet alkoholrelaterade dödsfall ökat, och även utsatthet är en riskfaktor i anslutning till detta. Det måste finnas möjlighet att påverka utsattheten på ett effektivare sätt genom att minska utslagning i arbetslivet och utöka rehabiliteringstjänsterna också för dem som står utanför arbetslivet. Det nordiska projektet för kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården betonar utveckling av jämförbara kvalitetsindikatorer för psykisk hälsa.

Det fjärde kapitlet fokuserar på teman som anknyter till brukareexperter och kamratstödjare. I de två första artiklarna beskrivs särskilt erfarenheterna och resultaten av att personer med psykisk funktionsnedsättning utbildas till brukareexperter. I den tredje artikeln granskas etablerad verksamhet med brukareexperter vid en förening för mental hälsa och verksamhetens betydelse för dem som får rehabilitering. Kapitlets två sista artiklar behandlar verksamhet med brukareexperter och kamratstödjare inom alkohol- och

drogarbetet. Tillvaratagandet av klienternas, brukarnas och missbrukarnas erfarenheter har långa traditioner inom alkohol- och drogarbetet, och till de nyaste områdena hör utveckling av verksamhet med kamratstödare bland narkotikamissbrukare.

I det femte kapitlet behandlas nya kombinerade tjänster avsedda för personer med psykiska problem och missbruksproblem, och fokus ligger på modeller för organisering, arbetssätt och utmaningar för utvecklingen. I början av kapitlet granskas ett övergripande sätt för samordning av mentalvårds- och missbruksarbete och en heltäckande modell för främjande av psykisk hälsa i skolor. Beträffande basservicen beskrivs två nya modeller för organisering av ett kombinerat mentalvårds- och missbruksarbete, en modell för kombinerad vård inom psykiatri och socialt arbete för patienter med dubbeldiagnos och en modell för familjearbete som överskrider förvaltningsgränserna. Ett nytt utvecklingsområde som beskrivs är utmaningarna i att förebygga och behandla problem med spel om pengar. I kapitlet presenteras också resultatet av programmet för att minska långvarig bostadslöshet. I slutet presenteras de redskap inom projektet Innobynd som kan användas både för en gemensam utveckling av mentalvårds- och missbruksarbetet och som en mångsidig kanal för att sprida praxis.

I det sjätte kapitlet behandlas först de omfattande Kaste -projekt som gäller mentalvårds- och missbruksarbete och som är centrala med tanke på verkställandet av planen för psykisk hälsa och missbruksarbete. Kapitlet innehåller också en beskrivning av hur spetsprojekten i THL:s verkställighetsplan framskrider och information om verksamheten i SHM:s styrgrupp. Slutligen ges en beskrivning av de arbetsformer som utvecklats inom projektet Masto som slutfördes år 2011 och som fokuserat på att minska arbetsoförmåga som beror på depression hos personer i arbetsför ålder.

Inom alla Kaste -områden i landet pågår för närvarande ett Kaste -projekt med fokus på utveckling av mentalvårds- och missbruksarbete som gäller vuxna. I artikeln som behandlar projektet Tervein mielin Pohjois-Suomessa dryftas den stora utmaningen i att integrera mentalvårdstjänsterna och servicen för missbrukare i trycket mellan korta projektperioder och stora strukturreformer. När det gäller projektet Välttämä 2009, som genomförs i Mellanfinland, beskrivs utvecklingsprocesser och arbetsmetoder som utvecklats i de olika delprojekten för att bemöta familjer och våld i klientarbetet, stärkt kompetens i mentalvårds- och missbruksarbetet inom primärvården, arbetssätt som utnyttjar teknologi, styrs av yrkesutbildade personer och inbegriper kamratstöd, den regionala samordnarens verksamhet kring förebyggande mentalvårds- och missbruksarbete och ibruktagande av verktyget ASI för att bedöma missbrukets svårighetsgrad och skadeverkningar.

Verksamheten inom projektet Sinnetts nyckel, som genomförs i Södra Finland, beskrivs utgående från dess kärnteman: större delaktighet i vården bland brukarna, mentalvårds- och missbrukartjänster utan tröskel och ökad kompetens hos social-, hälso- och sjukvårdspersonalen. I artikeln om projektet Länsi 2012, som genomförs i Västra Finland, beskrivs användningen av Bikva -metoden som lämpar sig för klientutvärdering, utarbetandet av en plan för psykisk hälsa och missbruksarbete i en stad, verksamheten inom Vaaka -gruppen för kvinnor med missbruksproblem för att förebygga att problemen går i arv från en generation till en annan, verksamheten vid en tillnyktringsstation som finns i anslutning till en gemensam jour och Pakka -verksamheten som utvecklat den lokala alkoholpolitiken. I slutet av kapitlet finns dessutom en presentation av projektet Arjen Mieli som genomförs i Östra och Mellersta Finland och som år 2011 fått ett beslut om att finansiering beviljas.

I THL:s egna verkställighetsplan finns nio spetsprojekt: att stärka verksamhet med kamratstöd och brukarexpert, att minska användningen av tvång vid psykiatriska sjukhus, att göra kombinerade strategier för psykisk hälsa och missbruksarbete till en del av kommunernas välfärdsplaner, att utveckla och förankra arbetsmetoder som syftar till att förhindra och minska att psykiska problem och missbruksproblem går i arv från en generation till en annan, att utveckla mentalvårds- och missbrukartjänster med låg tröskel inom basservicen, att följa upp tillgången och kvaliteten på mentalvårds- och missbrukartjänster som motsvarar kommuninvånarnas behov, att upprätthålla en webbportal (<http://www.thl.fi/mielijapaihde>), att centralisera den nationella samordningen av utvecklingen inom det förebyggande mentalvårds- och missbruksarbetet och att ge stöd i beredningen av lagstiftningen. Av dessa projekt ges en mer ingående beskrivning av projektet Mielen tuki, som stödjer beredningen av strategier för psykisk hälsa och missbruksarbete, och projektet Barn och familj i samspel, som syftar till att förebygga att problem överförs från en generation till en annan. Övriga projekt beskrivs endast i korthet.

I slutet av kapitlet ges en översikt över verksamheten i SHM:s styrgrupp som stödjer verkställandet av planen för psykisk hälsa och missbruksarbete. Styrgruppens verksamhet syftar till att stödja utvecklingen av mentalvårds- och missbruksarbetet inom samhällets olika sektorer. Gruppen styr och utvärderar verkställandet av planen för psykisk hälsa och missbruksarbete och främjar utvecklingen av mentalvårds- och missbruksarbetet inom de egna sektorerna.

I slutet av rapporten dryftas mentalvårds- och missbruksarbetets framtid och utmaningar av professor Jouko Lönnqvist, som är en central expert i det finländska mentalvårdsarbetet och den nationella planen för psykisk hälsa och missbruksarbete: "Framtiden kan också i hög grad skapas utgående från hur vi vill bygga upp den. Positiva föreställningar om framtiden har en kraftig inverkan på inriktningen av vår verksamhet. Var och en har rätt och möjlighet till en egen dröm. Ändå är det endast de gemensamma drömmarna som bygger upp framtiden på ett sätt som går till historien."

Tellervo Nenonen, Lars Leemann, Tommi Härkänen, Ulla Tynni, Risto Kaikkonen, Seppo Koskinen, Riitta-Liisa Kokko, Pirjo-Liisa Kotiranta, Eila Linnanmäki Hälsa- och välfärdseffekter – utgångsläget 2009–2010. Sysselsättning, hälsa och välfärd. Utvärdering av effekterna av sysselsättningsmodellen i Paltamo 2009–2013

I Paltamo kommunen genomförs år 2009–2013 en modell med fullsysselsättning, där man försöker sysselsätta alla arbetssökande i kommunen med hjälp av en övergångsarbetsmarknad. I modellen söker man en lämplig arbetsplats för varje arbetssökande utifrån hans eller hennes egna förutsättningar. Vid behov hänvisas de arbetslösa till att ansöka om rehabilitering eller pension. Tidigare forskning har visat att arbetslösa har en sämre hälsa än personer i arbetslivet. Modellen syftar till att reducera de kostnader som orsakas av arbetslöshet och att främja hälsa genom sysselsättning. År 2009–2013 genomförs en omfattande undersökning för att utvärdera sysselsättningsmodellens effekter. Studien består av flera delstudier, genomförs av flera organisationer och koordineras av Institutet för hälsa och välfärd.

I denna rapport granskas vilka skillnader i hälsa och välfärd som förekommer i projektets utgångsläge mellan de arbetslösa i Paltamo och kontrollgrupperna arbetslösa i Sonkajärvi samt den arbetande befolkningen i Paltamo. För undersökningen valdes 900 personer ut i åldrarna 15–64 år, det vill säga cirka 300 personer i varje grupp. Datainsamlingen genomfördes på undersökningsorterna under hösten 2009 och våren 2010 med hjälp av intervjuer, hälsoundersökningar och enkäter. Svarsprocenten i de tre grupperna varierade mellan 52 och 62 och var högst bland de arbetslösa i Paltamo. Resultatet överensstämmer med tidigare forskning och visar således att det med stöd av flera olika indikatorer förekommer skillnader i hälsa och välfärd mellan den arbetslösa och den arbetande befolkningen. De arbetslösa i Paltamo har en sämre hälsa och välfärd än den arbetande befolkningen i Paltamo men de arbetslösa i Sonkajärvi placerar sig inom flera delområden mellan dessa två grupper. Skillnaderna mellan de arbetslösa i Paltamo och Sonkajärvi kan eventuellt förklaras med att arbetslösheten ofta varat längre bland de arbetslösa i Paltamo. Trots skillnaderna visar resultatet också att många av de arbetslösa i Paltamo mår bra och är arbetsförda. Resultatet redovisas på samma sätt som i tidigare befolkningsstudier och betoningen ligger på att framhäva skillnaderna. Därför framhävs i flera fall den del av gruppen som har sjukdomar eller symptom trots att denna del utgör en minoritet.

Den arbetande befolkningen i Paltamo upplever en bättre hälsa än de arbetslösa i Paltamo, och likaså upplever de mindre nackdelar till följd av långvariga sjukdomar eller skador. Övervikt och stort midjemått förekommer i större utsträckning bland de arbetslösa i Paltamo än bland de arbetande. Även rygg-sjukdomar, sjukdomar i övre delen av buken, depression och sömnsvårigheter har diagnostiserats i större omfattning bland de arbetslösa i Paltamo än bland de arbetande. De arbetande i Paltamo hade i genomsnitt friskare tänder och en bättre tandhygien än de arbetslösa i Paltamo. Det förekommer tydliga skillnader i det psykiska välbefinnandet mellan den arbetslösa och den arbetande befolkningen i Paltamo. Det psykiska välbefinnandet är sämre bland de arbetslösa än bland de arbetande. Också begränsningar i funktionsförmågan är vanligare bland den arbetslösa än den arbetande befolkningen i Paltamo. Tidigare skol-svårigheter har varit vanligare bland de arbetslösa i Paltamo än i de två andra grupperna. Överkonsumtion av alkohol är vanligare bland de arbetslösa i Paltamo än bland personer i arbetslivet. Detsamma gäller

också daglig rökning. De arbetslösa i Paltamo kände sig oftare ensamma än de arbetande i Paltamo och de arbetslösa i Sonkajärvi. De deltar mindre aktivt i klubbar och sammanslutningar än de arbetande i Paltamo. De arbetslösa i Paltamo känner en tydligt större så kallad cynisk misstro mot andra människor än vad som är fallet bland de arbetande i Paltamo. Valdeltagandet i det senaste valet var störst bland de arbetslösa i Sonkajärvi. De arbetslösa i Paltamo upplever en sämre livskvalitet än den arbetande befolkningen i Paltamo.

För att utvärdera effekterna av sysselsättningsmodellen i Paltamo samlades uppföljningdata in under hösten 2010 och våren 2011. Den tredje datainsamlingen genomförs i början av år 2012.